

La Directrice générale,
Léa Bourdine

Le président du Conseil départemental du Puy-de-Dôme

Réf. :

Groupe DOMUS VI
SAS Les Rives d'Auvergne
Chemin de l'auvergne
63430 PONT-DU-CHATEAU

Lyon, le **14 JUIN 2024**

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 :

PI : 1 Mesures correctives définitives

Madame, 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 Rives d'Auvergne le 12 octobre dernier, au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôlée « Plan d'inspection et de contrôle des 7500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées 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 9 février 2024 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux non conformités et manquements constatés.

Vous avez transmis votre réponse en retour par courriel en date du 16 avril 2024.

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 :

- poursuivre les démarches engagées en vue de soutenir la professionnalisation du personnel non qualifié et de recruter des agents qualifiés en nombre suffisant;
- sensibiliser vos équipes en leur mettant à disposition les différents protocoles à élaborer nécessaires à la sécurité des soins et des prises en charge

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 du Puy-de-Dôme, service Personnes Âgées et le Conseil départemental du Puy-de-Dôme, service Personnes Âgées. 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 « Télerecours 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.

**La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de
Santé Auvergne-Rhône-Alpes**



**Le président du Conseil départemental
du Puy-de-Dôme,**



Copie à Mme la directrice de l'EHPAD

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

Les mesures correctives définitives sont prononcées en référence aux écarts et remarques formulées 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 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	<p>En matière d'autorisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en conformité la population accueillie aux catégories définies dans l'arrêté conjoint ARS/CD 	E1	Immédiat	<p>L'établissement indique qu'il n'est pas possible de mettre immédiatement en conformité la population accueillie aux catégories définies dans l'arrêté car les 2 derniers résidents entrés en hébergement temporaire ont décidé de rester définitivement dans l'établissement.</p> <p>En conséquence, la prescription N°1 est maintenue.</p>
2	<p>Garantir la continuité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disposer d'un projet d'établissement actualisé et validé conformément aux dispositions des articles L.311-8 et D311-38 du CASF, - Actualiser et informer le personnel des procédures relative à la continuité de la direction (article L.311-3 CASF) et à l'organisation des astreintes, - S'assurer que le directeur dispose des qualifications prévues à l'article D.312-176-6 du CASF, 	E2 E3, E6 E4	6 mois 1 mois Immédiat	<p>Le gestionnaire indique que le projet d'établissement a été travaillé en 2021 de manière pluridisciplinaire avec l'identification d'objectifs toutefois la présence d'une gouvernante en pointillé n'a pas permis sa mise en œuvre. Il est pris acte de l'engagement de l'établissement de disposer d'un projet d'établissement actualisé et validé dans les 6 prochains mois.</p> <p>Le gestionnaire a communiqué une procédure actualisée de « Gestion-Organisation des astreintes et permanences ». Cette procédure non datée et non validée n'apporte pas de précisions quant à l'organisation des astreintes le soir en semaine et les jours fériés. Elle reste trop générale et pas assez opérationnelle en ne détaillant pas davantage les consignes à appliquer (ex : modalités de saisine du niveau régional). Le tableau de l'organisation des astreintes n'est pas joint à la procédure, ni les coordonnées du directeur régional à joindre en cas de besoin. Aucune précision n'est également apportée sur la continuité de la direction lors des absences pour congés de la directrice.</p> <p>Le relevé de note remis par l'établissement n'est pas suffisant. Il convient de transmettre le diplôme ou une attestation de réussite à la formation.</p> <p>La réponse apportée confirme le constat de la mission quant à la part importante d'auxiliaire de vie affectée sur des fonctions d'AS. Il est cependant pris note des actions engagées par</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Affecter des professionnels en nombre suffisant à tout moment de la journée et s'assurer de leurs qualifications au regard des fonctions exercées, - Elaborer un protocole de gestion des urgences médicales, - Remettre systématiquement au personnel sa fiche de poste et sa fiche de tâches, formaliser et actualiser, autant que nécessaire, les consignes à destination du personnel de remplacement, - Associer les AS et les ASH aux transmissions lors des temps de relève et organiser des temps d'échanges réguliers en présence de l'ensemble des agents sur les pratiques professionnelles, - Formaliser à travers des conventions l'ensemble des partenariats existants et plus particulièrement avec les établissements de santé afin de définir les modalités d'intervention (D.312-155-0 CASF), 	E5, RM1 E7 R3, R4 R5, R6 E8	Immédiat Immédiat 3 mois Immédiat 3 mois	<p>l'établissement afin de professionnaliser le personnel non qualifié. Actuellement 10 agents sont en cours de VAE dont 6 sont en attente de passer devant le jury pour la validation de leur livret 2.</p> <p>Le gestionnaire indique travailler sur la procédure de gestion des urgences et sur la sensibilisation des équipes à ce sujet.</p> <p>Le gestionnaire indique que les fiches de tâches ont été travaillées en réunion d'équipe (direction, gouvernante et équipe ASH). A l'issue de ces réunions, les fiches de tâches validées ont été remises en main propre contre signature aux différents salariés. Le gestionnaire précise que les fiches de poste seront systématiquement transmises et signées lors de l'embauche. Les agents ont également été sensibilisés sur leurs missions.</p> <p>En complément des temps de transmission existant, le gestionnaire a décidé d'organiser des réunions hebdomadaires réunissant IDE, AS et ASH. Ces réunions seront animées par l'IDEC et la responsable hôtelière. Il n'est pas prévu d'organiser cette année un cycle d'APP qui nécessite l'intervention d'une personne extérieure. Il sera soumis lors d'un prochain dépôt de demande de CNR. Dans l'attente, la psychologue de la résidence animera des temps de réflexion avec ces professionnels.</p> <p>Le gestionnaire rappelle qu'une convention est signée avec l'HAD et l'Unité Mobile de Gériatrie, qui gère également la partie psychiatrie. L'établissement poursuit les prises de contact et le travail de mise à jour des conventions devenues obsolètes. L'établissement travaille en partenariat avec l'EHPAD Le Cèdre de PONT-DU-CHATEAU sur des projets de vie sociale.</p> <p>Depuis la transmission du rapport d'inspection, les équipes ont été sensibilisées sur cette problématique et l'établissement note une amélioration significative des délais de réponse sur les appels malades. (cf résultats de l'enquête comparative remis lors de la procédure contradictoire qui porte sur la période 2/10/2023 au 9/10/2023 et 8/04/2024/ au 15/04/2024). Une procédure de gestion des appels-malade va être élaborée afin d'assurer aux</p>
--	---	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Sécuriser et réduire les délais de réponse aux appels malades, 	E10	Immédiat	<p>résidents une réponse 24h/24 et 7j/7.</p> <p>Dans l'attente de la réalisation de l'ensemble des actions annoncées par le gestionnaire et la transmission d'éléments probants sur leurs mises en œuvre, la prescription N°2 est maintenue.</p>
3	<p>En ce qui concerne les locaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sécuriser les locaux afin de prévenir les fugues et les risques de chutes, <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la bonne régulation des températures, notamment en période de forte chaleur 	E9	Immédiat	<p>Il est pris acte de la réparation effective de la double porte de l'unité protégée depuis l'intervention du prestataire le 17 novembre dernier. L'ouverture de la porte d'entrée est protégée par un digicode. En ce qui concerne la sécurisation des escaliers, à ce jour et dans l'attente des travaux, qui nécessitent une expertise technique, un affichage a été apposé pour signaler le risque de chute en proposant aux personnes d'emprunter l'ascenseur. Il est enfin pris acte que l'accès à l'atelier a été sécurisé avec la mise en place d'une poignée à digicode.</p> <p>Il est pris acte qu'en cas de forte chaleur, des climatiseurs mobiles sont installés en complément des films solaires.</p> <p>Dans l'attente de la sécurisation de l'escalier situé à proximité de l'entrée, l'écart N°9 est maintenu. La remarque N°7 est levée.</p>
4	<p>Garantir la prise en compte des droits des usagers dans le respect de la réglementation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disposer de contrats de séjour signés par le résident et le représentant légal de l'établissement, - S'assurer que l'ensemble des documents obligatoires est remis à chacun des résidents, 	E11 E12	3 mois 3 mois	<p>Il est pris note du rappel fait aux agents en charge de la gestion des séjours de disposer de contrats de séjours signés. Un audit complet des dossiers administratifs est programmé dans les 3 mois afin de mettre à jour les dossiers incomplets. Une annexe au contrat de séjour listant les documents remis devra être signée par le résident ou son représentant légal afin d'attester de la bonne réception des documents (cf. annexe I communiqué par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser davantage les règles et les mesures relatives à la liberté d'aller et venir des usagers et les limitations des déplacements dans l'établissement et en informer les résidents, les familles et le personnel, - Formaliser davantage la procédure de recueil des habitudes de vie, actualiser régulièrement les projets personnalisés et désigner un référent pour chaque résident, - Mettre en avant dans les documents type (livret d'accueil, règlement de fonctionnement...) élaborés par le groupe les spécificités de l'établissement 	R1 R8, R10, R11	3 mois 3 mois	<p>Le gestionnaire indique que le travail de sensibilisation auprès des agents sur ce sujet va être poursuivi et l'annexe au contrat de séjour sera actualisée lors de l'élaboration des projets de vie individualisé de chacun des résidents. Il ajoute qu'il sera d'autant plus vigilant sur cette thématique car elle est au cœur de l'évaluation de l'HAS en matière de droit des résidents.</p> <p>Il est pris acte que le gestionnaire n'a pas désigné de référents malgré une organisation sectorisée. Toutefois, un agent de l'unité du résident est présent le jour de rdv du PVI. Pour clarifier le rôle de chacun, le gestionnaire va retranscrire cette organisation dans une procédure. Le recueil des habitudes de vie est réalisé conjointement par le psychologue, l'animateur, l'infirmière et la responsable hôtelière.</p> <p>Il est pris note de l'état d'avancement de l'actualisation des PVIs qui atteint aujourd'hui 82,67% contre 44,74% lors de l'inspection.</p> <p>Il est pris acte de la mise à jour programmée des documents afin d'intégrer les informations spécifiques à l'établissement.</p> <p>En conséquence, la prescription n°4 est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre effective.</p>
5	En ce qui concerne les soins : <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le temps de présence du médecin coordonnateur conformément à la réglementation (art D312-156 du CASF), - Elaborer, sous la responsabilité du médecin coordonnateur et avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, - Mettre en place la commission de coordination gériatrique qui doit se réunir au moins une fois par an (art D312-158-3 du CASF). 	E13 E14 E15	Immédiat 6 mois 3 mois	<p>Le gestionnaire indique être en cours de négociation avec le médecin coordonnateur actuel afin de lui augmenter son temps de travail de 10%.</p> <p>En lien avec l'élaboration du projet d'établissement (cf. Ecart N°2).</p> <p>Il est pris acte de l'engagement de l'établissement de mettre en place cette commission dans le délai imparti. Le RAMA est en</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Préciser l'ensemble des actes attendus en matière de soins de nursing et actualiser régulièrement les plans de soins et les plans de changes. 	R12, R13, R14	3 mois	cours d'actualisation. Le gestionnaire prévoit d'établir un plan d'actualisation et de relecture des plans de soins de la totalité des résidents afin de remédier aux manquements constatés.
	<ul style="list-style-type: none"> - Concernant la dénutrition : <ul style="list-style-type: none"> -Apporter des précisions dans les protocoles relatifs à la dénutrition (modalités d'enrichissement alimentaire, réalisation régulière d'un bilan de l'état dentaire...) -rendre effective la mesure du poids mensuelle pour chaque résident 	R19 R18	3 mois Immédiat	Il est pris acte de la désignation d'une infirmière comme référente nutrition en mars dernier. Celle-ci ainsi que le chef de cuisine ont suivi une formation le 4 avril. Un plan de formation et de sensibilisation des équipes à ce sujet est actuellement en cours de construction pour une mise en œuvre d'ici le 1 ^{er} juin (mesure du poids 2 fois/semaine pour les résidents dénutris, contrôle de l'albumine et suivi des ingestas...) Sur le mois de mars 2024, 100% des résidents ont bénéficié d'au moins une prise de poids. Toutefois, l'établissement ne transmet aucun élément de preuve (par exemple plan d'accompagnement, relevé de poids).
	<ul style="list-style-type: none"> - Porter à la connaissance des agents et leur mettre à disposition les protocoles pour faire faire aux situations d'urgence, aux conduites à tenir en cas de fausse route. - Détails les protocoles relatifs à la conduite à tenir pour faire face aux chutes. - Renouveler systématiquement les prescriptions relatives à la contention physique et surveiller régulièrement les conséquences de la contention physique, 	R15, R16 R17 R20, R21	Immédiat 1 mois 1 mois	Le gestionnaire indique, sans transmission d'éléments probants : -qu'un travail de sensibilisation sur la gestion des urgences, conduite à tenir en cas de fausse route, va être fait. -qu'une appropriation des protocoles de chutes avec le médecin coordinateur, va être faite avec la désignation d'une IDE référente des chutes. L'inventaire des prescriptions de contention va être vérifié et un travail pour trouver des solutions alternatives, sera proposé avec le MEDCO et l'ergothérapeute. L'établissement n'a pas répondu sur l'actualisation du protocole douleur. A la suite de l'inspection, la référente soins palliatifs disposant d'un DU soins palliatifs a été désignée référente douleur et a suivi une formation sur 2 jours sur cette thématique.
	<ul style="list-style-type: none"> - Préciser dans le protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur, les différents échelles d'évaluation. - Préciser sur la fiche de contrôle de la dotation d'urgence le nom du professionnel effecteur, la date de réalisation, la vérification du fonctionnement du défibrillateur et des 2 bouteilles d'oxygène. 	R22	1 mois	L'établissement a pris note du contrôle des dates de péremption de la dotation d'urgence et a transmis une fiche traçant l'ensemble des produits avec leur date de péremption en indiquant la date (5 avril 2024) avec la signature du professionnel, sans indiquer de procédure pour inciter les professionnels à réaliser cette mission de contrôle régulièrement. Le fonctionnement du défibrillateur est réalisé par le prestataire

		R23	Immédiat	mensuellement La prescription N°5 est maintenue dans l'attente de transmission d'éléments probants hormis la mesure liée à la remarque 23 qui peut être levée en considérant que la vérification des dates de péremption est prévue régulièrement.
--	--	-----	----------	---

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI	REPONSE DE LA STRUCTURE
	Je vous recommande de:			
1	Renforcer les mesures en vue de développer une culture de prévention des risques : S'assurer de la connaissance et de la possibilité d'accès de tous les agents aux modalités de signalement d'un EI, les associer à leurs analyses et prévoir un retour systématique sur les suites données aux signalements ainsi qu'aux réclamations	R2	Immédiat	<p>Le gestionnaire précise que la procédure de gestion des EI ainsi que les fiches de signalement sont présentes et disponibles à l'accueil ainsi qu'en salle du personnel. Un travail de sensibilisation des équipes va être mené afin que tout à chacun comprenne le sens et la nécessité de signaler les EI. Le suivi de tout dysfonctionnement est réalisé sur un tableau dont la synthèse est présentée en CVS ainsi qu'aux réunions d'équipe. Cette synthèse est également affichée et visible par tous.</p> <p>Dans l'attente du travail de sensibilisation auprès des équipes, la remarque N°2 est maintenue.</p>

