

La directrice générale

Le Département de l'Allier

Monsieur le directeur général
SAS Développement des Foyers de
Province
31 rue Saint-Sébastien,
13 006 MARSEILLE

Réf. : 2024-PRIEC-M

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 Conseil départemental de l'Allier

LRAR AR-ARS 744 5368 3

PJ : 1 - Mesures correctives définitives

Monsieur le directeur général,

Une inspection diligente à notre initiative au titre des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles et L.6716-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD La Source de Souvigny le 14 novembre 2023 au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « 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 vous avons fait parvenir par courrier du 19 février 2024, les mesures correctives que nous envisageons de prononcer afin de remédier aux non conformités et manquements constatés.

Vous m'avez transmis votre réponse en retour par courrier du 21 mars 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 la décision définitive, dont vous trouverez le détail dans le tableau figurant en annexe.

Les réponses apportées relèvent principalement d'engagements (sans éléments probants à l'appui), par

conséquent, la quasi-totalité des mesures provisoires sont maintenues.

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 :

- Garantir un niveau de sécurité satisfaisant du site afin de permettre l'accueil de personnes âgées dépendantes.
- Promouvoir une politique axée sur la qualité et la gestion des risques ;
- Stabiliser les équipes soignantes et pourvoir les postes vacants ;
- Garantir la prise en compte des droits des usagers dans le respect de la réglementation.

En outre, nous vous invitons 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.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de l'Allier, Pôle Autonomie et Addictologie () et le Conseil Départemental de l'Allier, service des équipements sociaux et médico-sociaux ().

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 directeur général, l'assurance de ma considération distinguée.

Le président du Conseil départemental

Copie à Mme la Directrice de l'ETHPAD

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	<p>En ce qui concerne la gouvernance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour le projet d'établissement conformément aux différents attendus légaux prévus aux articles L.311-8 du CASF, comprenant un projet général de soins élaboré selon l'article D.312-158 du CASF, et le présenter aux différentes instances. - Disposer du personnel à la qualification correspondant à la réglementation, stabiliser les équipes soignantes et limiter le glissement de tâches des IDE vers les AS qui contrevient à la bonne organisation de la structure. - Rédiger et porter à la connaissance des agents une procédure d'astreinte et de continuité de la fonction de direction. 	<p>E1 – E12</p> <p>E5 – R4 – R10 – R15</p> <p>R3 – R6</p>	<p>6 mois</p> <p>Immédiat</p> <p>1 mois</p>	<p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement indiquant que l'actualisation du projet d'établissement dans sa version 2024-2029 devrait être finalisée au plus tard le 30/06/2024. Les travaux d'actualisation seront réalisés avec la participation du personnel et des personnes accompagnées.</p> <p>L'établissement n'apporte pas d'élément de réponse sur l'écart 5 relatif à la non mise à disposition d'une copie du diplôme de chaque agent.</p> <p>L'établissement n'apporte pas d'élément de réponse sur la remarque 4 relative à la difficulté à stabiliser l'équipe soignante de jour et au fait que cela porte atteinte à la coordination des soins et de l'accompagnement et à la qualité de la prise en charge globale.</p> <p>L'établissement n'apporte pas d'élément de réponse sur la remarque 10 relative aux démarches de VAE engagées.</p> <p>En revanche, l'établissement apporte des éléments de réponse sur la remarque 15 dont il est pris acte. Toutefois, la réponse apportée ne permet pas de garantir l'instauration de mesures visant la stabilisation pérenne des équipes soignantes.</p> <p>De plus, le glissement des tâches des IDE vers les AS reste une solution envisagée par l'établissement pour palier d'éventuel absence de remplaçant alors même qu'une telle organisation contrevient à la bonne organisation de la structure.</p> <p>Les documents remis par l'établissement en complément des éléments de réponse permettent d'attester qu'une procédure d'astreinte des directeurs d'établissements ainsi qu'un planning existent et sont à jour.</p> <p>Il est précisé que l'annuaire des numéros d'astreinte est affiché</p>

				<p>à l'infirmerie et en salle du personnel.</p> <p>La présentation de ces documents est à l'ordre du jour de la réunion mensuelle du personnel du mois d'avril.</p> <p>La prescription N°1 est maintenue dans l'attente d'une vérification sur place ou de la transmission aux autorités de tarification et de contrôle en charge du suivi de l'inspection d'éléments probants sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'élaboration du projet d'établissement ; - La stabilisation des équipes soignantes (notamment le nombre de CDI et de CDD et leurs évolutions, l'amélioration du niveau et taux de recours à l'intérim, l'amélioration du nombre de vacances de poste et leurs durées, ...) - La connaissance par le personnel de la procédure d'astreinte.
2	<p>En ce qui concerne les conditions d'installation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Engager une démarche sur le schéma architectural de l'établissement et dans l'attente prendre les mesures pour adapter les locaux afin de garantir la sécurité des résidents et la qualité de leurs prises en charge conformément à l'article L.311-3 du CASF et en lien avec les autorités de tarification. - Garantir le respect de la vie privée des résidents logés en chambre double conformément à l'article L.311-3 du CASF et garantir la qualité de l'accompagnement notamment par l'identification claire du personnel référent conformément aux recommandations de bonnes pratiques 	<p>E6 – R12 – R13</p> <p>E8 – R5 – R14</p>	<p>6 mois</p> <p>3 mois</p>	<p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement et notamment du fait que ce dernier met tout en œuvre pour accompagner les résidents en perte d'autonomie ou atteints de troubles cognitifs. La mission prend note et a pu relever lors de la visite sur site que la structuration de l'établissement en pavillon est fortement appréciée des résidents et des familles. Cependant, en l'état, la structuration architecturale ne présente pas un niveau de sécurité satisfaisant au regard du public accueilli. Compte tenu des éléments de réponse, il n'apparaît pas que l'établissement soit engagé dans une réflexion sur le schéma architectural afin notamment de réduire le risque de fugue (cf. E6) ou de limiter l'encombrement des couloirs au sein des pavillons (cf. R12 et 13).</p> <p>La structure apporte un élément de réponse sur l'écart 8 permettant d'attester que l'intimité des résidents au sein d'une</p>

	<p>professionnelles.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sécuriser l'accès aux dossiers médicaux et à l'infirmerie en s'assurant que cette dernière soit continuellement fermée conformément à l'article L.313-3 du CASF. 	E7 – E15	Immédiat	<p>chambre double est garantie par l'installation d'un rideau. Cependant, une photo non datée ne peut à elle seule constituer un élément probant.</p> <p>Aucune réponse n'a été apportée concernant la remarque 14 relative à l'identification claire du personnel référent.</p> <p>Il est pris acte que les dossiers médicaux ont été transférés dans une armoire fermée à clef au sein du bureau de la coordinatrice médicale. Mais il s'agit d'une simple déclaration qui ne peut constituer un élément probant à elle seule.</p> <p>La prescription N°2 est maintenue dans l'attente d'une vérification sur place ou de la transmission aux autorités de tarification et de contrôle en charge du suivi de l'inspection d'éléments probants sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'engagement de l'établissement dans une démarche sur le schéma architectural et la prise de mesures pour adapter les locaux afin de garantir la sécurité des résidents (faire face aux risques de fugues notamment) et la qualité de leur prise en charge ; - L'identification claire du personnel référent ; - La sécurisation de l'accès aux dossiers médicaux.
3	<p>En ce qui concerne les soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Engager des démarches actives en vue du recrutement d'un médecin coordonnateur et en l'attente mettre en place des mesures palliatives permettant un avis médical sur les admissions et la supervision du GMP conformément aux articles D.312-155-0 et D.312-158 du CASF. - Mettre en place la commission de 	E9 – E11 - E14 E13	Immédiat 6 mois	<p>La transmission du contrat de travail permet de prendre acte du recrutement d'un médecin coordonnateur à compter du 1^{er} mars 2024 à hauteur de 0,57ETP.</p> <p>L'établissement ne s'est pas prononcé sur la mise en place des mesures palliatives permettant un avis médical sur les admissions et la réalisation du GMP.</p> <p>Suite au recrutement du médecin coordonnateur, l'établissement informe de la tenue de la commission de coordination gériatrique en juin 2024. Le compte rendu de la</p>

	<p>coordination gériatrique conformément à l'article D.312-158 du CASF.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantir la complétude des renseignements des DLU conformément à l'article D.312-158 du CASF. 	R20	1 mois	<p>commission sera communiqué aux autorités de tarification et de contrôle en charge du suivi de l'inspection.</p> <p>L'établissement indique que la fiche de liaison d'urgence remise le jour de l'inspection ne comportait pas toutes les données utiles du fait que tous les éléments d'extraction du dossier TITAN n'étaient pas cochés. Tous les paramètres sont mis à jour. Au regard du DLU transmis, il apparaît que l'état vaccinal, le régime alimentaire et la texture sont renseignés. Les pathologies et antécédents sont également inscrits. Les transmissions sont annexées au DLU, mais pas les observations médicales.</p> <p>La prescription N°3 est maintenue.</p> <p>Seules sont levées les mesures relatives à l'écart 9 et la remarque 20 en veillant au bon renseignement de l'ensemble de ces données au long court et à la mise à disposition d'une procédure pour l'édition des DLU.</p>
4	<p>Renforcer les mesures en vue de développer une culture de prévention des risques, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiser l'analyse et le suivi des signalements avec les professionnels conformément à l'article L.331-8-1 du CASF. - Mettre en place un dispositif de recueil et de suivi des réclamations et garantir une analyse des réclamations et réflexion en lien avec les équipes en vue de permettre l'évolution des processus de travail suite aux incidents rapportés. 	<p>E4 – R1</p> <p>R2</p>	<p>Immédiat</p> <p>Immédiat</p>	<p>Il est pris acte du fait que l'établissement va engager une démarche d'analyse des EI et EIG via la programmation de 3 réunions de travail entre le 30 mai et le 10 décembre 2024. Le suivi des EI et EIG seraient garanti par la participation des déclarant aux actions.</p> <p>En revanche, il conviendrait de formaliser l'organisation de l'analyse et du suivi des signalements d'EI et EIG dans le cadre d'une procédure.</p> <p>Les éléments apportés par l'établissement semblent attester de la mise en place d'un dispositif de recueil des réclamations. Toutefois, l'absence de date dans le courrier d'information aux familles ne permet pas d'en faire un élément probant. Aucune démarche ne semble avoir été encore entreprise sur le suivi des réclamations et les processus de travail suite aux</p>

				<p>incidents rapportés.</p> <p>La prescription N°4 est maintenue dans l'attente d'une vérification sur place ou de la transmission aux autorités de tarification et de contrôle en charge du suivi de l'inspection d'éléments probants sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La production d'une procédure interne de déclaration des signalements d'EI et EIG ; - Le suivi des réclamations et les modalités d'analyse en lien avec les équipes en vue de permettre l'évolution des processus de travail.
5	<p>Garantir la prise en compte des droits des usagers dans le respect de la réglementation, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elire un président du CVS conformément à l'article D.311-9 du CASF. - Renseigner l'annexe relative aux « limitations de la restriction d'aller et venir » conformément à l'article L.311-4-1 du CASF. - Elaborer un PAP comprenant un projet de soins et un projet de vie pour les résidents n'en disposant pas et s'assurer de l'actualisation des PAP conformément à la réglementation en vigueur (art L.311-3 et D.312-155-0 du CASF) et aux RBPP de la HAS/ANESM. 	<p>E3</p> <p>E2</p> <p>E10</p>	<p>1 mois</p> <p>Immédiat</p> <p>3 mois</p>	<p>Sur la réponse à l'écart 3, il est pris acte du fait que de nouvelles élections du collège résidents sont programmées le 29 mars 2024, du fait qu'il n'y ait plus qu'un seul représentant de ce collège, et que l'élection du président interviendra à la suite, le 9 avril 2024.</p> <p>Sur la réponse à l'écart 2, il est pris acte que ladite annexe est insérée de manière systématique dans le contrat de séjour. Toutefois, l'établissement devra s'assurer de la connaissance de ce document par le résident, et en cas de besoin son représentant légal.</p> <p>Sur la réponse à l'écart 10, l'élément communiqué par l'établissement permet d'attester que celui s'engage dans une démarche d'élaboration ou de mise à jour des PAP. Cependant, un rétro planning ne peut constituer à lui seul un élément probant qui permette d'attester de l'élaboration des PAP conformément à la réglementation en vigueur et de l'effectivité de l'actualisation des PAP et de l'élaboration lever la prescription.</p> <p>La prescription N°5 est maintenue dans l'attente d'une</p>

				<p>mise en place d'un dispositif d'analyse des pratiques via l'instauration d'un groupe d'étude et d'analyse de pratiques supervisé par l'IDEC ou le médecin coordonnateur. Une réunion est fixée le 14 mai 2024 pour un premier groupe puis le 17 mai pour un deuxième groupe.</p> <p>Cependant, au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, il apparaît que l'instauration d'un espace d'accompagnement et de soutien des professionnels doit se faire en dehors de la présence de la hiérarchie notamment afin de favoriser l'expression des salariés et favoriser la prise de recul.</p> <p>La recommandation N° 1 est maintenue dans l'attente de l'organisation effective des groupes d'analyse des pratiques au regard des recommandations de bonnes pratiques.</p> <p>Seules les mesures relatives aux remarques 8 et 9 sont levées mais veiller à adapter le plan de formation de 2024 conformément au plan de formation établi pour 2023, même s'il s'agit d'un prévisionnel.</p>
2	<p>Favoriser le partage des bonnes pratiques notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En s'assurant de la complétude et de la mise à jour des protocoles et procédures et en s'assurant également que ces derniers soient portés à la connaissance du personnel. - En renseignant précisément les plans de soins de nursing notamment les actes de soins manquants qui en leurs absences ne permettent pas de s'assurer que les plans sont régulièrement révisés. - En actualisant les protocoles relatifs aux 	<p>R7 – R19 – R21</p> <p>R16</p> <p>R22 – R24 –</p>	<p>3 mois</p> <p>3 mois</p> <p>3 mois</p>	<p>L'établissement indique que les procédures et protocoles sont bien à jour. Afin d'assurer la diffusion des protocoles et procédures auprès du personnel, l'établissement prévoit un système d'émargement de ces derniers à la suite des temps de transmissions. Mais aucun élément permettant d'en attester n'a été transmis.</p> <p>L'établissement indique que les plans de soins sont en cours de réactualisation par l'IDEC en collaboration avec l'équipe soignante. Il précise également qu'un plan type est élaboré. Ce plan sera complété de manière personnalisé à chaque entrée. Aucun élément de preuve n'est apporté, ni de calendrier précisant où en est la réactualisation, ni le plan de soins type.</p>

<p>chutes, à la dénutrition et aux contentions, en lien notamment avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En disposant d'un tableau de programmation des douches à jour et mentionnant les nom, prénom et chambre des résidents. - En formalisant l'organisation de la gestion de l'analyse des chutes par l'IDEC et la psychomotricienne et des relevés de décision. - En indiquant sur le protocole de la prévention des escarres l'échelle évaluative du risque d'escarres et sur celui de la douleur l'échelle évaluative de la douleur, ainsi que les modalités de passation pour chaque échelle. - En formalisant le protocole de traitement des escarres selon les 4 stades cliniques. - Veiller à rédiger les prescriptions sur chaque contention de manière complète en référence aux données du protocole « contention ». <p>Prévoir une organisation spécifique pour l'accompagnement de la fin de vie en passant une convention avec une équipe mobile de soins</p>	R25		L'établissement indique que les protocoles relatifs à la dénutrition sont en cours d'élaboration par la direction médicale. Toutefois, aucune indication de la date de mise à disposition n'est renseignée.
	R17	3 mois	Concernant les protocoles relatifs aux chutes et aux contentions, l'établissement n'apporte aucun élément de réponse sur leur actualisation.
	R23	3 mois	Concernant le tableau des douches, l'établissement indique que ce dernier a été mis à jour conformément aux mentions demandées. Mais la pièce transmise correspond à une extraction du logiciel TITAN des douches en place pour les résidents qui ont seulement une aide partielle : en effet, la date, le nom et le prénom ainsi que le numéro de chambre du résident sont bien inscrits. L'établissement ne dit pas si le tableau Word est toujours en place ou si l'utilisation du plan de soins de nursing pour les douches est l'unique support utilisé pour planifier ces actes.
	R27 – R30	3 mois	L'organisation de la gestion de l'analyse des chutes est formalisée dans un protocole en date du 5 mars 2024, celui-ci précise qu'un temps hebdomadaire est dédié à l'analyse des chutes auquel participe la psychomotricienne, l'IDEC et le MDECO. Cependant ce protocole n'est pas signé ni validé.
	R28	4 mois	
	R26	2 mois	Les éléments apportés par l'établissement ne permettent pas d'attester que le protocole relatif à la prévention des escarres présente les modalités de passation des échelles d'évaluation du risque d'escarre.
	R29	4 mois	De même, le protocole relatif à la prise en charge de la douleur ne permet pas de confirmer la mise en annexe de l'échelle évaluative de la douleur.

	palliatifs et en désignant un personnel référent.			<p>L'établissement a transmis le protocole « gestion des pansements, plaies chroniques et escarres » révisé en 2022. Ce dernier est très complet sur les différents traitements en fonction des situations cliniques.</p> <p>L'établissement indique que le suivi des contentions sera réalisé par l'IDEC et le MEDCO qui veilleront à ce que les prescriptions soient correctement renseignées. Cependant, l'établissement n'a pas communiqué d'élément de preuve permettant d'attester de la mise en œuvre réelle du suivi et de l'organisation prévue pour veiller aux renouvellements des prescriptions en lien avec l'évaluation des contentions en place.</p> <p>Il est pris acte qu'une convention avec l'équipe d'accompagnement de soins palliatifs (EASP) [REDACTED] a été passée mais celle-ci n'a pas été transmise.</p> <p>La recommandation N° 2 est maintenue dans l'attente de la transmission d'éléments probants. Seules les mesures relatives à la remarque 28 et à la remarque 23 sont levées, en veillant à valider et signer le protocole « analyse des chutes ».</p>
3	Sécuriser le contrôle de la dotation d'urgence en formalisant une liste unique pour la dotation d'urgence (médicaments et petits matériels) et une liste pour le matériel/dispositif d'urgence afin de suivre les dates de péremption et leur fonctionnement régulièrement.	R31 – R32	2 mois	<p>L'établissement a bien élaboré une dotation médicamenteuse d'urgence mentionnant le nombre de produits et les dates de péremption. Le document transmis inscrit la vérification des dates de péremption réalisée le 26/02/2024 ainsi que le numéro de scellé. L'organisation des vérifications régulières de la dotation d'urgence n'est pas formalisée. Il ne répond sur la nécessité de faire exister une seule dotation d'urgence pour les médicaments et les matériels et dispositifs dans le cadre de l'urgence vitale.</p>

				<p>Par contre le 2ème document (annexe 16) transmis est relatif à la dotation de soins urgents (liste préférentielle) et ne correspond pas à la liste des matériels et dispositifs pour faire face aux urgences comme l'établissement l'indiquait.</p> <p>La recommandation N°3 est maintenue dans l'attente de la transmission de la dotation en matériel/dispositifs pour faire face aux urgences vitales et de la confirmation de l'existence d'une seule dotation d'urgence validée.</p>
--	--	--	--	---

Agence régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes - Conseil départemental de l'Allier – Inspection de l'EHPAD La Source à SOUVIGNY

ARS Auvergne Rhône-Alpes
241 rue Garibaldi
69003 Lyon

Conseil départemental de l'Allier
1 avenue Victor Hugo – BP 1669
03016 Moulins cedex

Réf. :

