

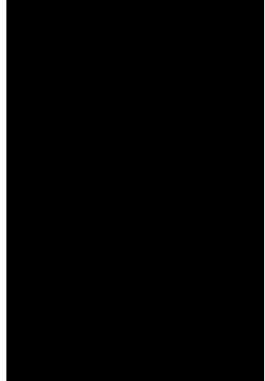


RHÔNE
LE DÉPARTEMENT

La directrice générale

ACPPA
[REDACTED]

Présidente
7 chemin du Gareizin
69370 FRANCHEVILLE



Ref. : 2025-PRME-26

Lyon, le 26 JUIN 2025

L R A R 1A 240 334 36 185
Objet : **Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental du Rhône**

P1 : Mesures correctives définitives

Madame La Présidente,

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.5116-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD « L'accueil » 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, nous vous avons fait parvenir par courrier les mesures correctives, que nous envisagions de prononcer, afin de remédier aux manquements et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 11 avril 2025.

Nous prenons acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

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

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.

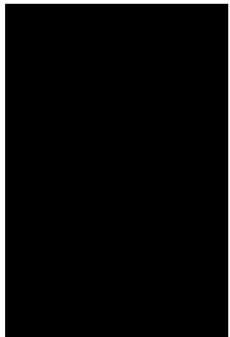
Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la déléction départementale de l'ARS du Rhône et de la Métropole de Lyon et par le Conseil Départemental du Rhône.

Vous vellerez 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, Madame la Présidente, l'assurance de ma considération distinguée.



Copie à [REDACTED] – Directrice de l'EHPAD L'accueil

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	Actualiser le projet d'établissement conformément à l'article L311-8 du CASF. Conformément à l'article D312-158-1 du CASF, mettre à jour un projet général de soins en lien avec l'équipe soignante intégrant la politique de l'établissement en matière de fin de vie.	E1, E7, R15	6 mois	<p>Le projet d'établissement est en cours d'actualisation depuis le 4 décembre 2024.</p> <p>Par conséquent, la prescription est maintenue dans l'attente de la réception du projet d'établissement, incluant un projet général de soins, daté et signé.</p>
2	Sécuriser la prise en charge soignante des résidents de l'UVP, en faisant intervenir auprès d'eux des personnels diplômés et qualifiés et/ou en veillant à réduire les personnels faisant fonction en les engageant dans une démarche de formation VAE (art. L. 312-1 II et L311-3 du CASF).	E2, E5, R5	Immédiat	<p>Les deux auxiliaires de vie faisant fonction entament une VAE. La première salariée est inscrite, la seconde démarre en septembre 2025 la démarche VAE.</p> <p>Pour autant, l'absence d'éléments probants (justificatifs d'inscription VAE) concernant la qualification des personnels au sein de l'UVP n'est pas effective.</p> <p>Par conséquent, la prescription est maintenue concernant la qualification des personnels au sein de l'UVP en l'absence d'éléments probants.</p>
3	S'assurer que la prise en charge des résidents soit assurée conformément à leurs besoins et non en fonction des contraintes organisationnelles en veillant à la présence d'une équipe de professionnels en nombre suffisant (art. L311-3 du CASF)	E3, RM1	Immédiat	<p>Il a été transmis à la mission la note du 2 mai 2024 qui consiste en une procédure dans le cadre du plan de continuité de l'activité. Cette organisation est posée si et seulement si l'établissement a 7 soignants au lieu des 11 soignants. Cette procédure a été réévaluée le 1 /07 /2024 et le 13/11/2024.</p> <p>Aucun élément de procédure n'a été transmis. Ces éléments ne répondent pas à la prescription et notamment à la présence d'un seul professionnel de 18H à 20H15 (RM1) et en l'absence de personnel certains résidents pourraient ne pas être levés (E3).</p> <p>Par conséquent, la prescription est maintenue en l'absence d'éléments probants.</p>

4	S'assurer que l'établissement dispose bien des diplômes des personnels soignants attestant de leur qualification conformément à l'article L312-1-II du CASF et des fiches de postes datées et signées.	E4, R4	3 mois	<p>Les fiches de fonction des aides-soignants datées et signées ont été transmises par la structure. Aucun diplôme des personnels soignants n'a été transmis.</p> <p>Par conséquent, la prescription est maintenue dans l'attente des diplômes des personnels soignants.</p>
5	Augmenter la quotité de temps de travail du médecin coordonnateur à 0.6 ETP conformément à l'article D152-156 du CASF.	E6	3 mois	<p>Il est noté que le médecin coordonnateur (0.5 ETP) ne peut augmenter son temps de travail au sein de la structure à 0.6 ETP. Une annonce est également transmise relative à 0.1 ETP médecin coordonnateur.</p> <p>La prescription est maintenue dans l'attente de l'augmentation de la quotité de travail du médecin coordonnateur.</p>
6	S'assurer qu'un compte rendu a bien été formalisé suite à la dernière commission de coordination gériatrique et qu'une nouvelle commission se tiendra en 2024 conformément l'article D312-158 du CASF.	E8		<p>Les diaporamas power point présentés lors des commissions gériatriques des 3 mai 2023 et 5 décembre 2024 ont été transmis. Il ne s'agit cependant pas de véritables comptes rendus, incluant notamment la liste des participants à ces réunions. L'établissement est incité à rédiger de véritables comptes rendus lors des réunions à venir</p> <p>En considérant que la commission de coordination gériatrique a bel et bien été réunie les 4 mai 2023 et 5 décembre 2024, la prescription est levée.</p>
7	S'assurer que la bouteille d'oxygène est stockée dans un endroit ventilé et à l'abri de la chaleur conformément à l'article L.311-3 du CASF.	E9		<p>La bouteille d'oxygène est stockée dans un endroit ventilé et à l'abri de la chaleur dans la salle de soins des IDE. Elle est également fixée au mur.</p> <p>Par conséquent, la prescription est levée.</p>

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
Je vous recommande de :				
1	S'assurer de l'appropriation de la procédure de recueil des événements indésirables par l'ensemble du personnel. Améliorer la procédure de déclarations des réclamations en s'assurant de la confidentialité des réponses aux familles.	R1, R2		<p>Des formations de l'ensemble du personnel ont été réalisées les 7 et 16 février, 29 mai, 5 juin, 2 juillet 2024. L'EHPAD va mettre à disposition des familles des fiches de déclaration d'événements indésirables que les familles pourront glisser dans une boîte aux lettres relevée chaque jour par le personnel de l'accueil. Il est accusé bonne réception d'une procédure de gestion des EI et des réclamations de l'ACPPA et du plan de gestion des plaintes et réclamations de l'ACPPA.</p> <p>Par conséquent, la recommandation est levée.</p>
2	Diffuser à l'ensemble du personnel et afficher la note relative à l'organisation de la continuité de la direction.	R3	Immédiat	<p>Le planning de astreintes est affiché dans la salle des IDE. Une note d'information des astreintes du 26 avril 2024 au 13 mai 2024 a été transmise.</p> <p>Par conséquent, la recommandation est maintenue en attente de documents justificatifs sur l'ensemble de l'année 2024 et 2025.</p>
3	Mettre en place un dispositif de soutien professionnel pour la prise de distance et la réflexion critique sur les pratiques quotidiennes	R6	2 mois	<p>Une enquête sur les risques psychosociaux a été planifiée les 20 et 22 janvier 2025 pilotée par le coordinateur HAPA de l'établissement. Pour autant, elle n'a pas été transmise.</p> <p>Par conséquent, la recommandation est maintenue en l'absence d'éléments probants.</p>
4	Transmettre les conventions signées avec les établissements de santé.	R7	Immédiat	<p>Il n'existe pas de conventions signées relative à l'HAD et à l'EMSP. Néanmoins l'HAD intervient dans l'établissement en tant que nécessaire sur sollicitation du médecin coordonnateur.</p> <p>Par conséquent la recommandation est maintenue en l'attente</p>

				de conventions signées.
5	Locaux : Engager les démarches afin de mettre fin aux différentes malfaçons constatées sur le bâti en vue d'améliorer la qualité de vie des résidents. Mener une réflexion afin de trouver des lieux de stockage adaptés.	R8, R9	12 mois	La gestion des malfaçons est en cours avec le service patrimoine du groupe ACPPA et le propriétaire [REDACTED] Par conséquent la recommandation est maintenue en l'attente d'une réponse du propriétaire.
6	Désigner un référent professionnel pour chaque résident, afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement et du suivi.	R10	3 mois	Ce point fait partie du PE dans l'objectif est de renforcer le suivi du projet personnalisé du résident. Le PE est en cours de réécriture donc il ne peut être vérifié la mise en place du référent professionnel pour chaque résident. Par conséquent, la recommandation est maintenue dans l'attente d'éléments probants relatifs à la mise en place d'un référent professionnel pour chaque résident.
7	Mettre à jour les plans de soins et les plans de change. Elaborer des plans d'organisation de douches.	R11, R12, R13	Immédiat	Les plans de soins adressés sont édités sous le même format que les précédents, ils ne comportent pas les modifications attendues quant à la mention des caractéristiques personnelles des résidents. Par ailleurs l'établissement n'a pas de transmis de document de planification des douches à l'échelle de l'ensemble de la structure, renvoyant aux dossiers individuels. Enfin, l'établissement n'a pas davantage transmis de plan de changes complet incluant les résidents de l'UVP. En conséquence, la recommandation n°7 est maintenue dans son intégralité.
8	S'approprier par le personnel les différents protocoles sur les principaux risques gériatriques.	R14	Immédiat	L'établissement a fourni des listes d'émargement de formations réalisées par le médecin coordinateur durant l'année. Ces formations ne recouvrent cependant pas toutes les situations à

				risques citées (chutes, escarres notamment) et le lien de ces contenus de formation avec le protocole de référence n'est pas établi. En conséquence, la recommandation est maintenue.
9	S'assurer du contrôle mensuel du sac d'urgence	R16	Immédiat	L'établissement n'a pas fourni de nouvel élément probant quant à la mise en place de contrôles réguliers du stock des médicaments de l'urgence (avec vérification des dates de péremption) qui auraient été régulièrement effectués et tracés depuis le 21/04/2024. En conséquence, la recommandation est maintenue.

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes - Inspection L'accueil à Saint Bonnet de Mure - (27 mai 2024)

