



La directrice générale

Le Président du Conseil départemental

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier d'Albertville Moftiers
253 rue de Coubertin
73208 ALBERTVILLE CEDEX

Lyon le,
- 2 OCT. 2023

Ref = PRREC-N4-2023

Notification de décision définitive suite
du Conseil Départemental de la Savoie

Pj : 1- Mesures correctives définitives

Monsieur le Directeur,

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 L616-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD « Les Cordeliers » à MOUTIERS (73) le 4 avril 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, nous vous avons fait parvenir par courrier du 10 juillet 2023 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux carences et non conformités.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par voies électronique et postale le 10 aout dernier.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission et 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 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 courront 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 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 la Savoie, service Grand âge et le Pôle social du département/direction personnes âgées, personnes handicapées/service des établissements pour personnes âgées.

Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires dans les délais fixés.

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 communiquables 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, l'assurance de notre considération distinguée.

Pour le Président

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

Les mesures correctives sont prononcées en référence aux écarts et remarques formulées 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 risques) mais non fondé sur un texte précis et / ou manquement à l'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)	DÉLAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Rédiger un projet d'établissement et un projet de soins propres à l'EHPAD en étroite collaboration avec l'équipe soignante ou intégrer un volet spécifique EHPAD au projet d'établissement et au projet médical du Centre Hospitalier conformément aux articles L311-8, D311-38 et D 312-158-1° du CASF.	E1, E7	12 mois	<p>L'établissement indique qu'il intégrera cette action au plan d'actions d'amélioration continue de la qualité des EHPAD-USLD pour une rédaction en 2024.</p> <p>Prescription n° 1 maintenue dans l'attente de la transmission du projet d'établissement et de soins propre à l'EHPAD ou du volet spécifique annexé au projet actuel:</p>
2	<p>Mettre pleinement en œuvre la démarche qualité et gestion des risques dans l'établissement en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déclarant les dysfonctionnements graves, EIG/EIGS aux autorités administratives conformément à l'article L.331-8-1 du CASF et L.1413-14 du CSP ▪ Favorisant l'appropriation de l'outil de gestion des EI par les professionnels, ▪ Mettant en place un dispositif de recueil des réclamations et des doléances des usagers afin d'améliorer la prise en charge des résidents. 	E2, R3, R4	immédiat pour le 1 ^{er} point 4 mois pour les deux autres	<p>La direction stipule que l'encadrement des soins de gérontologie et le service « qualité » s'engagent à déclarer tout nouvel EI aux autorités. Elle ne précise pas quels sont les moyens mis en œuvre pour le garantir (sensibilisation, formation des personnels, rappels des signaux à déclarer...)</p> <p>Elle indique que l'appropriation de l'outil de gestion des EI est en cours et que de nouvelles formations seront organisées au dernier trimestre 2023 sans autres précisions.</p> <p>Une procédure de gestion des plaintes et réclamations, datée de 2017 a été transmise. Elle évoque la tenue d'un registre informatisé, sur le logiciel de gestion des risques de l'établissement, dans lequel sont enregistrés les courriers de réclamation, les éléments de réponse du praticien ou du cadre concerné et la réponse du directeur au plaignant. Les différentes étapes de suivi du dossier sont identifiées dans la procédure. Toutefois, l'établissement n'apporte pas la preuve de la tenue de ce registre et de l'appropriation de la procédure par les professionnels.</p> <p>La prescription n° 2 est maintenue dans l'attente d'éléments probants (attestations de formation, copie du registre des réclamations et des doléances de janvier à août 2023...)</p>

3	Disposer d'un contrat de séjour signé par chaque résident.	E3	6 mois	<p>La structure précise que le nouveau contrat de séjour sera présenté aux CVS de septembre 2023 mais ne s'engage pas à ce que chaque contrat soit signé par le résident concerné. Il n'informe pas la mission de la manière dont il va procéder pour le garantir et ne donne aucun élément de preuve.</p> <p>Prescription n° 3 maintenue.</p>
4	Formaliser pour chaque résident un véritable projet d'accompagnement personnalisé et prévoir une réévaluation annuelle de ces PAP conformément aux articles L. 311-3 et D3126155-0 du CASF.	E4	6 mois	<p>L'établissement prévoit le début des groupes de travail en septembre 2023.</p> <p>Prescription n° 4 maintenue dans l'attente de la transmission d'un calendrier de mise en œuvre, précisant, l'objet et la composition des groupes de travail.</p>
5	Identifier le médecin salarié en poste en tant que médecin coordonnateur conformément à l'article D312-155-0 du CASF, définir ses missions conformément à l'article D.312-158 du CASF et adapter son temps de travail à la réglementation prévue à l'article D. 312-156 du CASF.	E5, E6	6 mois	<p>L'établissement spécifie que le médecin coordonnateur est bien identifié en tant que tel et que sa quotité de travail sera adaptée à la possibilité de recruter un temps de médecin complémentaire.</p> <p>Prescription n° 5 maintenue dans l'attente d'éléments probants</p>
6	Disposer d'un rapport d'activité médicale rédigé annuellement et propre à l'EHPAD, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents, conformément à l'article D 312-155-3 du CASF.	E8	6 mois	<p>L'établissement s'engage à ce que le RAMA 2022 soit formalisé avant la fin de l'année 2023</p> <p>Prescription n° 6 maintenue dans l'attente de la transmission du rapport.</p>

7. Réunir une fois par an une commission de coordination gériatrique avec les professionnels de santé intervenant à l'EHPAD, en vertu de l'article D312-158 du CASF et de l'arrêté du 5/09/2011 fixant la composition et les missions de cette instance.	E9	12 mois	<p>La structure mentionne la mise en place d'une commission de coordination gériatrique dès 2024.</p> <p>Prescription n° 7 maintenue dans l'attente de la transmission du compte-rendu de réunion</p>
8. Arrimer les bouteilles d'oxygène conformément aux conditions de stockage prévues par l'AMM et au règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux ERP.	E10	Immédiat	<p>La direction indique que l'achat du matériel nécessaire a été diligenté.</p> <p>Prescription n° 8 maintenue dans l'attente de la transmission d'éléments probants (factures, photographie des bouteilles arrimées)</p>

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s).	DÉLAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
Nous vous recommandons de :				
1	Disposer d'un outil de suivi du nombre des résidents unique et actualisé en continu.	R1	1 mois	<p>La direction indique que le seul outil de gestion administrative qui permet de connaître le nombre de résidents et qui doit être communiqué par le responsable des admissions est l'outil informatique "Pastel". Elle ne précise pas si la liste qui a été transmise à la mission d'inspection est issue de cet outil, ni si ce dernier recense un nombre de résidents égal à celui qui est contenu dans le registre légal des entrées et sorties.</p> <p>Recommandation n°1 maintenue dans la mesure où l'établissement n'apporte aucune preuve de la cohérence de l'outil Pastel avec le registre légal des entrées et des sorties qui est le document légal de référence (article L311.2 du CASF).</p>
2	Apprécier l'évolution entre le dernier GMP évalué (2018) et celui évalué annuellement par le médecin coordonnateur afin de prévoir un calendrier de réévaluation si besoin.	R2	6 mois	<p>L'établissement indique que le GIR est régulièrement réévalué et que le GMP, issu du logiciel de soins, permet d'apprecier l'évolution de la perte de dépendance chez les résidents.</p> <p>La mission précise que, la remarque citée à la page 10 du rapport signifiait que la transmission de ces données aux autorités de tarification pouvait permettre de déclencher la procédure de réévaluation de la coupe PATHOS.</p> <p>Recommandation n°2 maintenue dans l'attente de la transmission de ces données aux autorités de tarification en vue d'une réévaluation de la coupe PATHOS.</p>

3	<p>Formaliser la continuité de la direction et les conditions de remplacement de la directrice dans un document adapté au fonctionnement de l'EHPAD et rédiger une procédure d'astreinte.</p> <p>Transmettre le diplôme et l'arrêté de nomination de la directrice du pôle.</p>	R5, R6, R7, R11	3 mois	<p>La direction décrit l'organisation mise en place et transmet la liste des directeurs/cadrés supérieurs de santé d'astreinte établie de juillet 2023 à janvier 2024. Aucun document formalisant cette organisation n'a été transmis.</p> <p>Recommandation n°3 maintenue sur ce point</p> <p>L'arrêté de nomination de la directrice de pôle avec sa qualification a été transmis.</p> <p>Recommandation n°3 levée sur ce point.</p> <p>La mission d'inspection s'interroge toutefois sur la capacité de la directrice à assurer la direction de l'EHPAD « Les Cordeliers » en raison de ses multiples affectations listées dans l'arrêté, notamment hors Savoie. Une clarification sur ses fonctions et responsabilités dans les établissements de l'Ain est par ailleurs attendue.</p>
4	<p>Rédiger une fiche de poste pour chaque professionnel et notamment pour la cadre de santé et le médecin coordonnateur ainsi que des fiches de tâches pour les AS correspondant à tous les horaires inscrits sur les plannings.</p>	R8	6 mois	<p>Une fiche de poste pour la cadre de santé a été rédigée et transmise. La finalisation d'un même document à destination du médecin coordonnateur est prévue avant le 31 octobre 2023.</p> <p>Aucune précision n'a été apportée quant à la réalisation de nouvelles fiches de tâches à destination des AS.</p> <p>Recommandation n°4 maintenue dans l'attente de la transmission de la fiche de poste du médecin coordonnateur et des fiches de tâches des AS actualisées avec les horaires correspondant à leur journée de travail effective.</p>

5	<p>Actualiser et/ou formaliser les documents, outils nécessaires à l'accompagnement et aux soins des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rédiger les transmissions sous forme d'écrits structurés, opérants et exploitables par tous, sur un support unique, accessible à tous les professionnels concernés, ▪ Améliorer l'usage du logiciel de soins en formant les équipes et en adaptant au mieux les fonctionnalités de l'outil à la prise en charge en EHPAD, ▪ Améliorer les plans de soins des AS, notamment en vue de la programmation des soins, ▪ Actualiser les protocoles avec les dernières recommandations de bonnes pratiques et assurer la formation des soignants à leur utilisation. 	<p>R9, R10, R16, R21 R22, R25, R29</p>	<p>6 mois</p>	<p>L'établissement mentionne le nom du logiciel de transmission sans préciser si, et de quelle manière, est envisagée la suppression des autres outils de transmission.(documents Word, cahier...)</p> <p>Il indique que des formations au logiciel sont réalisées pour les professionnels par la référente [REDACTED] sans plus de précisions.</p> <p>Aucune information n'est donnée sur l'amélioration des plans de soins.</p> <p>Il précise que l'actualisation des protocoles sera inscrite dans les actions du plan d'amélioration continue de la qualité</p> <p>Recommandation n°5 maintenue dans l'attente des documents formalisés ou actualisés et des éléments de précision.</p>
---	---	--	---------------	--

6	<p>Organiser une prise en charge au plus près des besoins des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer un véritable plan des douches pour tous les résidents, retracant leurs particularités, ▪ Systématiser la pesée mensuelle et améliorer la surveillance du poids avec un recueil cohérent, l'élaboration de courbes de suivi et le calcul de l'IMC, ▪ Garantir une amplitude de jeûne nocturne inférieure à 12 heures en réorganisant le service des repas et/ou en systématisant la proposition de collation, ▪ Assurer un meilleur suivi du nombre d'escarres et actualiser le protocole dédié, ▪ Mettre en œuvre une véritable politique de prévention du risque infectieux ▪ Formaliser une organisation spécifique de la fin de vie au sein de l'EHPAD visant à permettre au maximum le décès sur place. 	<p>R17, R18, R23, R24, R26, R27, R28</p>	<p>6 mois</p> <p>L'établissement mentionne l'intégration de l'ensemble des recommandations ci-jointes dans un plan d'actions d'amélioration continue avec une mise en œuvre à 6 mois.</p> <p>Il indique que la fin de vie est organisée et a lieu à l'EHPAD. Il est précisé que 18 résidents sur 15 sont décédés sur leur lieu de vie en 2022 et 13 sur 16 en 2023.</p> <p>Il n'apporte pas de précisions sur l'organisation de la fin de vie, ni sur l'existence d'une procédure avec notamment la mise en œuvre des soins palliatifs.</p> <p>Recommandation n°6 maintenue dans l'attente des éléments probants pour chacun des points énumérés (plan de douche révisé, note/procédure recueil des poids, protocoles de prévention du risque infectieux, hors « protocole « gestion des DASRI, protocole escarres actualisé, diminution du jeûne nocturne, procédure organisation fin de vie...)</p>

	Sécuriser la prise en charge en urgence : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rédiger une procédure d'urgence unique, propre à l'EHPAD, et la mettre à disposition des soignants. ▪ Elaborer un dossier de liaison d'urgence synthétisant les informations indispensables à une prise en charge adaptée (antécédents, autonomie, traitements retranscrits) lors d'un transfert vers un centre hospitalier. ▪ Etablir une liste des médicaments contenus dans les caisses d'urgence, procéder à un contrôle régulier et le tracer. 	R12, R19, R30	3 mois	<p>La structure énonce la mise à disposition des soignants d'une seule procédure d'urgence avant le 31 octobre 2023.</p> <p>La présence d'une fiche de liaison dans le dossier patient informatisé pour une hospitalisation au CHAM est évoquée. Il n'est pas précisé si ce document est issu du logiciel [] et quel document est transmis lors d'une hospitalisation en dehors du CHAM.</p> <p>Recommandation n°7 maintenue</p>
8	Mettre en œuvre un temps d'échanges entre professionnels, autres que les temps de transmission, afin de favoriser leur expression et permettre d'améliorer leurs pratiques.	R14	6 mois	<p>La direction évoque la mise en place d'un staff professionnel mensuel par secteur en présence du médecin, des rééducateurs, de la psychologue, de la cadre, des IDE et AS du secteur.</p> <p>Elle indique par ailleurs l'intervention mensuelle, à partir de septembre 2023, d'un psychothérapeute extérieur qui intervient auprès de l'équipe pluriprofessionnelle dans le cadre de l'analyse des pratiques.</p> <p>Recommandation n°8 maintenue dans l'attente du calendrier des réunions de septembre à décembre.</p>

9	Promouvoir la démarche de VAE auprès des personnels de l'EHPAD pour encourager le développement des compétences des équipes de prise en charge des résidents et réduire le nombre de personnels faisant fonction.	R13	Immédiat	<p>La structure annonce la publication d'un article dédié à la VAE en septembre 2023 dans le journal interne du CHAM, à destination des professionnels. L'initiative, bien qu'intéressante, doit venir en complément d'autres actions de promotion.</p> <p>Recommandation n°9 maintenue dans l'attente de précisions.</p>
10	Demander la visite de la commission de sécurité	R15	-Immédiat	<p>La direction annonce qu'une visite de la commission de sécurité s'est déroulée le 24 juillet 2023. Le compte-rendu de celle-ci n'a pas été transmis.</p> <p>Recommandation n°10 maintenue dans l'attente de la réception du procès-verbal.</p>

