

Service émetteur : Direction des usagers, des affaires juridiques, de l'inspection
contrôle et de la Qualité - Pôle Inspection Contrôle

Monsieur Vincent PREVOTEAU
Directeur des Centres Hospitaliers de Rodez et
du Nord Aveyron
Avenue de l'Hôpital
12000 RODEZ

Date : 09 septembre 2024

N° PRIC : MS_2024_12_CS_01

Courrier RAR n° [REDACTED]

Copie de cet envoi à Monsieur [REDACTED] - Directeur Délégué du CHI Vallon

Objet : Inspection de l'EHPAD du Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) du Vallon : sites de Salles-la-Source et Marcillac-Vallon (12)

PJ : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Directeur,

Suite à l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD du Centre Hospitalier Intercommunal du Vallon [site Salles-la-Source (EHPAD « Mas de Cougousse ») et Marcillac-Vallon (EHPAD « Résidence du Vallon »)], en date des 16, 17 et 18 avril 2024, je vous ai invité, par lettre d'intention en date du 21 juin 2024, à communiquer vos observations, en réponse, à la proposition de mesures correctives,

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques en date du 09 août 2024.

Après recueil et analyse de vos observations, je vous notifie ma décision définitive, en vous demandant de mettre en œuvre, dans les délais impartis, les mesures correctrices énumérées dans le tableau joint au présent courrier.

Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de votre établissement.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à la Délégation départementale de l'Aveyron, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions.
Le cas échéant, j'organiserai un contrôle d'effectivité.

En application des articles L121-1 et L122-1 du Code des relations entre le public et l'administration qui régissent les modalités de la procédure contradictoire préalable, les prescriptions retenues à l'issue de cette procédure ont la valeur d'une décision administrative.

.../...

Un recours gracieux motivé peut être adressé à mes services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré comme implicitement rejeté.

Dans un délai franc de deux mois à compter de sa notification et sans préjudice d'un éventuel recours hiérarchique auprès de Madame la Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités, la présente décision ouvre droit à une voie de recours contentieux près du tribunal administratif territorialement compétent qui peut également être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible sur le site internet « www.telerecours.fr ».

Je sais pouvoir compter sur votre pleine implication et celle de vos équipes pour poursuivre les réflexions au sein de l'établissement et les démarches d'amélioration déjà engagées.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur général

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'D' followed by a long horizontal stroke that curves upwards at the end.

Didier JAFFRE

Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques, de l'Inspection Contrôle et de la Qualité
Pôle Régional Inspection Contrôle

Tableau de synthèse des mesures correctrices définitives

Inspection de l'EHPAD du Centre Hospitalier Intercommunal du Vallon

16, 17 et 18 avril 2024

N° PRIC : MS_2024_12_CS_01

Un écart est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.

Une remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.

Écarts	Rappel de la réglementation	Mesure (Injonction, prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° de justificatifs	Décision de l'ARS
Écart 1 : L'établissement ne dispose pas de règlement de fonctionnement à jour.	L311-7 R311-33 à R31137 du CASF	Prescription 1 : Le gestionnaire doit établir un nouveau règlement de fonctionnement et présenter le document aux instances conformément aux dispositions réglementaires.	6 mois		E1	Maintien de la prescription
Écart 2 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L311-8 du CASF.	L311-8 du CASF	Prescription 2 : Le gestionnaire doit rédiger un projet d'établissement conformément aux dispositions législatives et réglementaires du CASF.	6 mois		E2	Maintien de la prescription
Écart 3 : L'absence de renouvellement des membres du conseil de la vie sociale depuis plus de trois ans n'est pas conforme aux dispositions de l'article D311-8 du CASF.	D311-8 du CASF	Prescription 3 : Organiser de nouvelles élections et veiller à ce que le conseil se réunisse au moins trois fois par an.	Au prochain CVS		E3	Levée de la prescription

Écart 4 : L'établissement ne disposant pas de projet d'établissement à jour, il n'a pas formalisé la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance.	L311-8 du CASF D312-203 du CASF	Prescription 4 : Le gestionnaire doit veiller à l'engagement de l'établissement dans une politique formalisée, identifiée de promotion de la bientraitance ainsi que de prévention et de lutte contre la maltraitance. Il s'assurera que cette politique est connue par l'ensemble des salariés, des résidents ainsi que des familles. Le nouveau projet d'établissement doit prévoir la politique liée à la promotion de la bientraitance ainsi que de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement, notamment en matière de gestion du personnel, de formation, d'évaluation et de contrôle.	1 mois		E4.1 E4.2 E4.3	Maintien de la prescription dans l'attente de l'élaboration d'une politique formalisée, identifiée de promotion de la bientraitance ainsi que de prévention et de lutte contre la maltraitance.
Écart 5 : En l'absence d'une enquête de satisfaction formalisée, l'établissement ne favorise pas l'expression et la prise en compte des attentes des résidents et des familles.	D311-15 du CASF	Prescription 5 : Procéder à la mise en place d'une enquête de satisfaction annuelle.	6 mois puis annuellement		E5	Maintien de la prescription
Écart 6 : Du personnel non qualifié effectue des tâches relatives au soin réservées au personnel disposant du diplôme d'aide-soignant.	L4394-1 du CSP	Prescription 6 : Le gestionnaire ne doit pas donner aux salariés non diplômés un statut protégé par un diplôme et une qualification. Il doit encourager les personnels non diplômés à monter en compétences notamment via la VAE afin	1 an		E6	Levée de la prescription

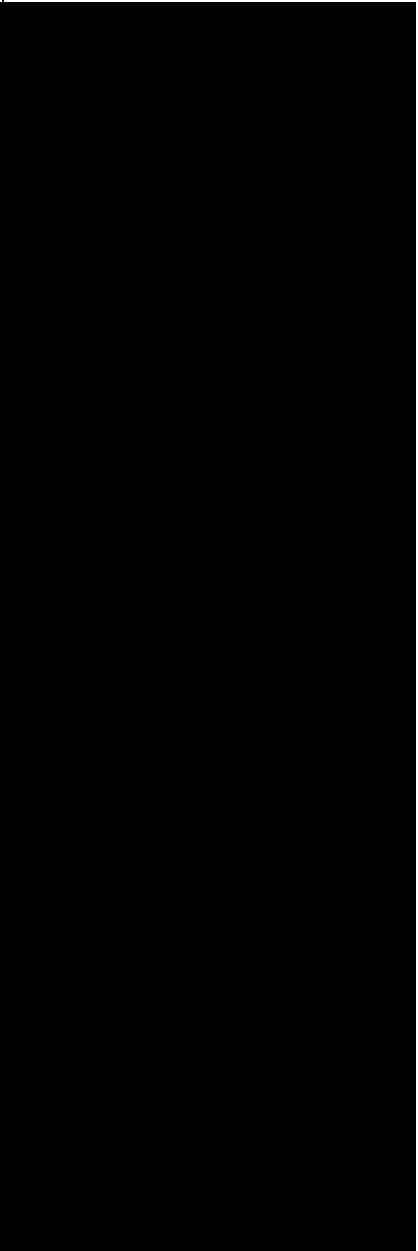
		d'acquérir les qualifications nécessaires sécurisant l'exercice de leur mission au sein de l'établissement.				
Écart 7: L'équipe pluridisciplinaire ne comprend pas de référent pour les activités physiques et sportives.	L311-12 du CASF D311-40 du CASF	Prescription 7 : Procéder au recrutement ou à la désignation d'un référent APA.	3 mois			Maintien de la prescription
Écart 8 : L'entretien des locaux de l'EHPAD est insuffisant (rupture de main courante dans l'espace de circulation, toile d'araignées et poussière aux vitres et aux plafonds).	L311-3, L312-1-II CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art. 2, 7 et 12	Prescription 8 : Le gestionnaire doit veiller à améliorer l'entretien global de l'établissement, et, en tout état de cause, à réparer sans délai les équipements pouvant occasionner un risque d'accident au sein de l'établissement.	Immédiat		E8.1 E8.2	Maintien de la prescription dans l'attente de la réalisation totale des travaux.
Écart 9 : Certaines fenêtres situées dans les étages supérieurs présentent un risque de jet d'objet ou de défenestration.	L311-3-1°, L312-1II CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art. 7	Prescription 9 : Sécuriser les fenêtres identifiées comme potentiellement dangereuses par un système de limitation d'ouverture afin de prévenir tout risque, quel qu'il soit.	Immédiat		E9	Levée de la prescription
Écart 10 : Les fenêtres de certaines chambres de résidents ne sont pas équipées de filtres et l'intimité des personnes n'est pas assurée.	D 344-5-3 6° du CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.12	Prescription 10 : Le gestionnaire doit équiper l'ensemble des chambres de films occultant, de brise vue ou de rideaux aux fenêtres.	3 mois			Maintien de la prescription

Écart 11 : Sur l'échantillonnage des dossiers des résidents étudiés par la mission, deux contrats de séjour ne sont pas signés.	L311-4 du CASF D311 du CASF	Prescription 11 : Le gestionnaire doit s'assurer que les contrats de séjour sont signés par le résident ou son représentant légal.	Immédiat			Levée de la prescription
Écart 12 : Les projets personnalisés ne traduisent que peu les besoins précis des résidents et les réponses à apporter en termes d'objectifs/ d'indicateurs/ d'évaluations et de réévaluations. Le PAP doit permettre d'identifier clairement et individuellement pour chacun des résidents le travail co-construit, les objectifs posés et les indicateurs permettant de mesurer la/les progressions	L311-3 3° du CASF, Recommandations HAS "Le projet personnalisé : une dynamique de parcours d'accompagnement (volet EHPAD)", RBPP ANESM "Les attentes de la personne et le projet personnalisé", "La co-construction du projet personnalisé : des réponses personnalisées, adaptées et évolutives", "Guider la co-construction du projet personnalisé", "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social" (annexe 2), Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2 et 4)	Prescription 12 : Le gestionnaire doit veiller à objectiver les PAP en précisant les actions mises en œuvre pour chacun des résidents mais aussi en évaluant ces actions à l'aide d'indicateurs mesurables, précis et pertinents. Au besoin, une information puis une formation, renouvelables annuellement, doivent être proposées à tous les acteurs du PAP, qu'il s'agisse des professionnels mais aussi de la famille. L'objectif étant d'assortir les actions mises en œuvre à des éléments de mesure objectifs	6 mois		E12	Maintien de la prescription. Au-delà du renouvellement des PAP, il convient que l'établissement s'interroge sur le contenu des PAP (actions mises en œuvre, évaluation des actions en déterminant des indicateurs mesurables, précis et pertinents).

Écart 13 : Pour une autorisation de 97 places en EHPAD, le temps de travail réglementaire du MEDEC est de 0.6 ETP.	D312-156-1 du CASF	Prescription 13 : Adapter le temps de travail de MEDEC à la capacité d'hébergement autorisée.	6 mois		Prescription maintenue Les missions d'un MEDEC ne doivent pas être confondues avec l'organisation de la continuité et permanence des soins et l'organisation des parcours de soins. Adresser le contrat MEDEC
---	--------------------	--	--------	--	---

Écart 14 : La direction de l'établissement devra réunir une commission de coordination gériatrique dans les meilleurs délais.	D312-158 du CASF	Prescription 14 : Transmettre les comptes rendus des commissions de coordination gériatrique réalisées en 2024.	avant fin 2024		E14	Levée de la prescription
Écart 15 : La gouvernance n'a pas formalisé les modalités d'intervention du MEDEC en cas d'indisponibilité des médecins traitants.	D312-158 du CASF	Prescription 15 : Adresser le calendrier de continuité et permanence des soins en interne et la procédure de fonctionnement entre le MEDEC et les médecins traitants habilités.	1 mois		E15	Prescription maintenue Il ne faut pas confondre les missions de coordination du MEDEC et la prise en charge sanitaire notamment non programmée et urgente par les médecins traitants des résidents
Écart 16 : L'établissement n'a pas remis son RAMA.	D312-158 (10) du CASF	Prescription 16 : Transmettre le RAMA 2023.	1 mois		E16	Levée de la prescription
Écart 17 : L'établissement n'a pas identifier les risques sanitaires de la population hébergée.	D312-158 du CASF	Prescription 17 : Transmettre le document des risques sanitaires de la population hébergée.	1 mois		E17	Prescription maintenue L'identification des risques sanitaires des résidents à pour objectifs. - Lister les résidents à haut risque vital en cas de situation sanitaire exceptionnelle (par exemple évacuation prioritaire en cas d'incendie) ; - Rédiger des procédures pré établies, datées et signées, de prise en charge des événements aigus et décompensations de cette population polypathologique vulnérable ; - Adapter les bonnes pratiques professionnelles de prise en charge aux risques identifiés.

Écart 18 : Les IDE n'ont pas bénéficié de formation spécifique à l'administration des médicaments "si besoin" notamment les antalgiques et anxiolytiques.	L313-26 du CSP R4311-5 (5°) du CSP	Prescription 18 : La gouvernance devra s'assurer de la formation et la mise à disposition de procédures d'administration des médicaments "si besoin".	3 mois			Prescription maintenue L'objectif est double : - Formaliser les missions de délégation de tâche IDE en dehors des prises en charge les soins quotidiens de la vie courante pour appliquer les prescriptions médicales ou conseils médicaux notamment évaluation du si besoin, mise en œuvre du traitement et surveillance ; - S'assurer de l'appropriation de la procédure.
Écart 19 : Le poste de soins du site de Marcillac ne répond pas aux normes d'hygiène et de sécurité : chaque matériel pour une fonction médicale doit être stocké dans un espace dédié, identifié et sécurisé. Les WC doivent être positionnés en dehors du poste de soins.	Articles du CSP : R4312-37 à 39 rôles IDE ; R5126-109 ESMS sans PUI Arrêté du 31 mars 1999 Arrêté du 12 mars 2013	Prescription 19 : L'établissement devra aménager le poste de soins du site de COUGOUSSE de manière à en garantir l'hygiène et la sécurité.	3 mois		E19.1 E19.2	Prescription maintenue relative au poste de soins et non à l'UHR dans le cadre du risque infectieux : garantir les conditions d'hygiène et l'asepsie - Positionner le WC en dehors du poste de soins, - Aménager l'espace salle de décontamination en 1 seule fonction

Écart 20 : Les DASRI ne sont pas entreposés de manière à garantir la prévention et la gestion du risque infectieux. Le contrat d'élimination et les bordereaux n'ont pas été remis à la mission.	R1335-1 à 8 du CSP Arrêté du 24 novembre 2003 et circulaire DHOS E4/DGS/SD7B/D R T/CT2 n°2005/34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des DASRI Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques	Prescription 20 : Revoir la procédure de gestion des DASRI et l'organisation de leur stockage. Faire parvenir les justificatifs.	Immédiat		E20	Prescription maintenue Les emballages à DASRI (cartons, caisses, fûts...), doivent être entreposés après fermeture définitive en local intermédiaire dédié, fermé à clé et identifié dans l'établissement.
---	--	--	-----------------	---	------------	--

Écart n°21 : Le MEDEC n'assure pas l'encadrement de l'équipe pluridisciplinaire.	L313-12 (V) du CASF	Prescription 21 : L'augmentation du temps de travail réglementaire du MEDEC devra permettre d'assurer sa mission d'encadrement de l'équipe soignante. Adresser le nouveau contrat et fiche de poste.	Immédiat		E21	Prescription levée au regard des missions décrites dans la fiche de poste du MEDEC du 22/07/204 signée.
Écart 22 : Absence d'un projet spécifique à l'UHR.	D312-155-0-2 du CASF	Prescription 22 : Le gestionnaire doit rédiger un projet spécifique de l'UHR et qui prévoit ses modalités de fonctionnement, notamment les activités thérapeutiques individuelles et collectives, les modalités d'accompagnement et de soins appropriés, l'accompagnement personnalisé intégrant le rôle des proches, les transmissions d'informations entre équipes soignantes de l'EHPAD et les autres services (EHPAD, UCC, services à domicile, etc.). Les modalités d'évaluation des activités mises en place devront être mentionnées.	3 mois			Maintien de la prescription
Écart 23 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'animation établi de façon pluridisciplinaire en fonction des besoins des résidents et en associant les familles et le CVS. La pertinence de certaines activités dévolues à la personne en charge de l'animation doit nécessairement être évaluée.	L311-3-3°, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2	Prescription 23 : Le projet d'animation est à co-construire de façon pluridisciplinaire pour être développé par les personnels et la responsable de l'animation en prévoyant également des actions les weekends La personne en charge de l'animation doit être identifiée comme professionnel à part entière de l'établissement et, en conséquence et pour ce qui la concerne, contribuer activement à l'accompagnement au sein de la structure. La fiche de poste doit être revue.	6 mois		E23	Maintien de la prescription. Le document transmis ne correspond pas à un projet d'animation.

Remarques	Recommandations mesures attendues	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° de justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 1 : Les organigrammes transmis sont des organigrammes de directions au niveau du CHI du Vallon et ne mentionnent pas les liens hiérarchiques ni les catégories de personnel énumérées dans l'article D. 312-155-0, II du CASF.	Recommandation 1 : Etablir un organigramme mentionnant les liens hiérarchiques et fonctionnels et toutes les catégories de personnel intervenant sur chacune des deux sites.	1 mois			Maintien de la recommandation. Dont acte pour un délai de 3 mois.
Remarque 2 : Un CVS est commun aux deux sites bien que le profil des résidents et les dispositifs de prise en charge (UHR) diffèrent.	Recommandation 2 : Le gestionnaire peut engager une réflexion sur la mise en place d'un CVS par site.				Maintien de la recommandation
Remarque 3 : Absence d'affichage du numéro unique 3977 (ALMA).	Recommandation 3 : Le gestionnaire doit afficher le numéro unique 3977 sur chaque site.	Immédiat			Levée de la recommandation
Remarque 4 : L'établissement n'a pas mis en place de dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel.	Recommandation 4 : Mettre en place un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations et doléances des résidents et des familles formalisé et opérationnel en prenant en compte les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.	1 mois		R4.1 R4.2	Levée de la recommandation
Remarque 5 : Il n'existe pas de procédure formalisée décrivant le dispositif de gestion des dysfonctionnements graves et connue du personnel.	Recommandation 5 : Elaborer la procédure de gestion des dysfonctionnements graves.	3 mois		R5	Levée de la recommandation. La mission rappelle que la procédure doit mentionner les coordonnées mail et téléphone de la plateforme régionale de l'ARS Occitanie.
Remarque 6 : Le plan bleu comporte des erreurs et des omissions notamment l'adresse mail de la DDARS 31 qui figure dans le plan bleu et	Recommandation 6 : L'établissement doit engager la révision de son plan bleu en s'appuyant sur l'instruction du 28 novembre 2022.	Immédiat		R6	Levée de la recommandation

l'adresse de messagerie générique d'alerte de l'établissement, ouverte et veillée H24, n'est pas mentionnée.					
Remarque 7 : L'absence de formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel engendre un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle.	Recommandation 7 : Formaliser précisément les missions et responsabilités de chaque professionnel de l'établissement dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS.				Maintien de la recommandation
Remarque 8 : La mission a retrouvé indistinctement des bulletins n° 2 ou n° 3 extraits du casier judiciaire dans les dossiers consultés des salariés sans pour autant que l'établissement ait pu justifier de la demande du B2 plutôt que du B3.	Recommandation 8 : Le gestionnaire doit demander de façon systématique et à chaque agent lors du recrutement la production du bulletin n°3 extrait du casier judiciaire. Cette demande doit ensuite être renouvelée à intervalles réguliers. Cette mesure concerne tout personnel qui intervient dans l'établissement, dont le personnel de direction, ou y exerce une fonction permanente ou occasionnelle, à quelque titre que ce soit, y compris bénévole.				Maintien de la recommandation
Remarque 9 : L'absence de formation continue depuis plus de 5 ans pour certains agents ne favorise pas le maintien et le développement des connaissances professionnelles des personnels et ne garantit pas une qualité et une sécurité de l'accompagnement et de la prise en charge adaptées en continu à l'évolution des besoins des résidents accueillis dans l'établissement.	Recommandation 9 : Elaborer une stratégie de formation et de développement réguliers des connaissances professionnelles du personnel afin de lui permettre de s'adapter au mieux et en permanence à l'évolution des besoins des résidents accueillis au sein de l'établissement.				Levée de la recommandation
Remarque 10 : L'établissement n'a pas mis en place de groupe d'analyses des pratiques professionnelles.	Recommandation 10 : La mission recommande la mise en place de groupes d'analyse des pratiques afin de rassurer les professionnels quant à leurs pratiques professionnelles et les inviter au repérage ainsi qu'à la compréhension des difficultés quotidiennes de travail. Ces				Maintien de la recommandation

	groupes devront être conduit par un professionnel extérieur à l'établissement.				
Remarque 11 : Le MEDEC ne participe pas aux actions de formation et information de l'équipe pluridisciplinaire.	Recommandation 11 : L'augmentation du temps de travail du MEDEC doit permettre son implication directe dans les actions de formation et information auprès de l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre de l'acculturation au projet général de soins et des bonnes pratiques professionnelles.	2 mois			Recommandation levée au regard des missions décrites dans la fiche de poste du MEDEC du 22/07/204 signée
Remarque 12 : L'établissement n'a pas transmis : - La procédure gestion du risque infectieux ; - Les documents relatifs à la prévention du risque de légionellose.	Recommandation 12 : Transmettre les documents.	Immédiat		R12	Levée de la recommandation
Remarque 13 : Le temps de présence du psychologue et de l'ergothérapeute pour l'ensemble de l'établissement ne parait pas suffisant.	Recommandation 13 : Renforcer le temps de présence du psychologue et de l'ergothérapeute.				Levée de la recommandation