

La directrice générale

Directrice Régionale Seniors
Auvergne Rhône-Alpes
Korian Academy
12 rue Casimir Perier
69002 LYON

Réf. : HUEC 69/2023

LRAR 2C 166 947 3942 3

Lyon, le **25 JUL. 2023**

Objet : Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et de la Métropole de Lyon

PJ : Rapport d'inspection de l'EHPAD « La Fontanière »

Madame La Directrice Régionale,

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 La Fontanière à Fontaines-Saint-Martin le 19 décembre 2022, au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7500 Établissements 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 28 mars 2023 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 17 mai 2023.

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. Les réponses et les documents remis, indiquent dans leur quasi-totalité, que l'exercice des fonctions par la directrice de l'EHPAD est soumis aux décisions de la hiérarchie située au niveau régional. Quel qu'en soit le contenu, nous vous rappelons qu'en sa qualité d'EHPAD, la structure est tenue de répondre, à son niveau et sous la responsabilité de la Directrice, aux obligations qui relèvent de son rôle. Il en est ainsi notamment pour le projet d'établissement et la démarche qualité et de gestion des risques.

Par ailleurs tous les supports émis par le niveau régional, doivent faire l'objet d'une adaptation et d'une appropriation dans la proximité de l'accompagnement des résidents, voire d'une évolution selon la spécificité. Si la mission reconnaît l'intérêt de cette documentation, elle ne doit pas remplacer la mise en œuvre locale d'un pilotage des équipes et de leur participation.

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.

ESQS JRO P S

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 :

- Mettre en œuvre un pilotage structuré au niveau de l'établissement, notamment, en formalisant et actant dans le projet d'établissement les actions qui en découlent ainsi que les modalités relatives à leur suivi ;
- Engager rapidement une démarche globale de gestion des risques impliquant les personnels avec la mise en œuvre des mesures correctives à l'échelle de l'établissement ;
- Mettre en œuvre une politique de formation adaptée aux spécificités et besoins évalués de l'établissement ;
- Assurer la sécurité quotidienne des résidents et des équipes s'agissant notamment de l'accessibilité des locaux et des dispositifs d'alerte ;
- Veiller quotidiennement à la qualité de l'hygiène et de l'entretien des locaux.

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 l'ARS du Rhône et de la Métropole de Lyon et par la Métropole de Lyon.

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

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 Directrice Régionale, l'assurance de ma considération distinguée.

L
de
Santé

Cé

Pour le Président de la Métropole de Lyon,

COPIE à Madame CHIROL, Directrice de l'EHPAD la Fontanière

LRAR 2 C 166 947 3943 0

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 envisagé	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Conformément aux articles L311-8 et D.321-176-5 du CASF, adapter et mettre à jour le projet d'établissement et le DUD	Ecart 1 et 3	6 mois	Le projet d'établissement (PE) actualisé 2022-2027 a été communiqué ainsi que les éléments formalisant la politique de bientraitance. L'établissement indique que le projet est élaboré selon une « trame 2023 » produite par le groupe et mise à disposition. Il est prévu que « le projet réactualisé » soit présenté au futur CVS. La mission d'inspection (MI) note que le projet de soins et le projet d'animation sont insuffisamment abordés dans le PE. La MI s'interroge sur la démarche d'appropriation mise en œuvre par les équipes qui n'est pas précisée. Le projet d'établissement est un outil stratégique dont la démarche d'élaboration nécessite la participation des équipes pour fixer les objectifs. Pour ce faire, le projet doit être piloté au niveau de l'établissement et relève du rôle du directeur. Ce rôle n'apparaît pas dans le DUD. La prescription n°1 est maintenue dans l'attente du projet d'établissement finalisé et validé et dans l'attente du DUD conforme.
2	Conformément à l'article L331-1-8 du CASF, mettre en œuvre le circuit de déclaration des EIG et d'information des autorités compétentes. Veiller, en interne, à informer les équipes des suites données et des mesures correctives à mettre en place, afin de faire évoluer les pratiques	Ecart 2 et Remarque 3	Immédiat	Dans la réponse, l'établissement précise se conformer aux procédures en vigueur du groupe. Est repris, à titre d'exemple, l'EIG du 19 août 2021, cité dans le rapport. La déclaration a été faite au groupe, qui a décidé que la résidente n'ayant pas eu de complication, l'EIG a été transformé en EI par le service de gestion des risques du groupe. La MI d'inspection rappelle que les EIG/EIGS ainsi que tout dysfonctionnement ou événement susceptible de menacer la sécurité, la santé ou le bien-être des résidents doivent être déclarés sans délai dans leur ensemble aux autorités compétentes, et quelles

				que soient les conséquences. La gestion des risques s'inscrit dans le cadre d'une démarche globale avec pour support la procédure formalisée. L'établissement n'a pas précisé l'organisation mise en place pour faire évoluer les pratiques et mettre en place des mesures correctives.
				La prescription n° 2 est maintenue dans l'attente d'une description précise de la démarche globale, dont les mesures correctives mises en œuvre.
				Remarque 3 : maintenue
				L'établissement informe de la programmation de la réunion de la commission gériatrique le 15 juin et communique un calendrier des instances en 2023. La mission en prend note.
				La prescription n°3 est maintenue dans l'attente du compte-rendu de la commission gériatrique
				Ecart 4 : maintenu
3	Mettre en place la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF et assurer des réunions régulières	Ecart 4	3 mois	

N°	RECOMMANDATION	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAJ envisagé	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Mettre en place un dispositif fiable d'appel malade accessible à tous les résidents	<u>Remarque majeure 1</u>	Immédiat	L'établissement informe que des contrôles de l'intégrité des équipements sont réalisés chaque semaine et dès changement de matériel. Il précise qu'il dispose d'un stock de matériel neuf. Des photos sont transmises ainsi qu'un relevé de plan d'action indiquant que le respect des règles d'hygiène des lieux de stockage des protections des résidents est une priorité. Toutefois, les éléments remis et la réponse faite par l'établissement

				ne prennent pas en compte les problème d'accessibilité et de fiabilité évoqués dans le rapport, afin de permettre aux résidents d'alerter ou d'appeler un personnel dans toutes circonstances.
				La recommandation N°1 suite à la remarque majeure est maintenue dans l'attente d'éléments probants.

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI envisagé	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Je vous recommande de :			
1	Mettre en place une politique indifférenciée des tarifs dépendance lors de l'accueil de résidents en hébergement de courte durée	1	Immédiat	L'établissement répond que la politique tarifaire ne fait pas l'objet d'une différenciation au regard de la dépendance et transmet une fiche tarifaire exemple. La MI rappelle qu'une facture remise à l'issue de la visite acte d'une facturation du GIR 4 d'un résident alors que la dotation globale versée par la Métropole de Lyon impose la seule facturation du GIR 5-6 quel que soit le niveau de dépendance du résident. La recommandation n°1 est maintenue.
2	Mettre en place une équité de traitement dans l'attribution des chambres des résidents au regard de leur éventuel statut de	2	Immédiat	L'établissement affirme que 3 résidents sont logés en chambres individuelles le jour de leur réponse, sans préciser le nombre total de bénéficiaires accueillis au titre de l'aide sociale. L'établissement

	bénéficiaires à l'aide sociale				n'apporte pas la preuve d'une politique égalitaire à l'égard des résidents. La recommandation n° 2 est maintenue
3	Mettre en place un dispositif opérationnel structuré et tracé de recueil, de suivi et d'analyse des réclamations des familles	4	Immédiat		La confrontation des documents reçus (procédure Korian, extraction des réclamations non suivie avec régularité) et des informations recueillies lors de l'inspection démontrent que la procédure n'était ni connue et/ou ni utilisée au sein de la structure au moment de l'inspection. D'autre part la MI s'étonne, à la lecture du document « Gestion et traitement des réclamations clients » datant du 23 décembre 2021, validé par le directeur des opérations seniors, directeur des opérations santé et directrice marketing, que le « Conseil Départemental/ » soit cité en tant que « menace de diffusion » (p.3). La recommandation n°3 est maintenue dans l'attente de l'appropriation du document « Gestion et traitement des réclamations clients » par la structure et de l'adaptation de son contenu.
4	Mettre en œuvre un dispositif opérationnel de prévention et de gestion des risques en impliquant la direction de l'établissement et les équipes	6	3 mois		Les éléments remis : - relatifs à la « Politique Qualité Korian », selon l'intitulé - un extrait du contrat à durée indéterminée de la Directrice, stipulant l'engagement et le respect « de la mise en œuvre de la politique de qualité et de gestion des risques impulsée par le groupe Korian » explicité dans la réponse, - l'organigramme précisant le positionnement de la directrice de l'établissement par rapport au groupe, ne prouvent pas la mise en œuvre d'un dispositif de prévention et de gestion des risques impliquant la direction de l'EHPAD « La

				Fontanière » et des équipes qui y exercent. La mission souligne la nécessité d'un pilotage au niveau de l'établissement. La recommandation n°4 est maintenue. Remarque 6 : maintenue
5	Intégrer des temps de relève systématiques entre les équipes dans les temps de travail quotidiens	8	Immédiat	Un compte-rendu de réunion démontre qu'un travail est engagé pour revoir l'organisation des relèves. La recommandation n°5 est maintenue dans l'attente d'éléments prouvant la mise en oeuvre effective des relèves.
6	Mettre en place en urgence des mesures nécessaires à la sécurité des résidents notamment relatifs aux travaux et aux espaces de stockage non sécurisés	14	Immédiat	La réponse apportée par l'établissement ne répond pas aux différentes remarques significatives dans le rapport relatif notamment aux issues de secours non sécurisées, aux placards non fermés à clé et ouvrant sur des gaines techniques apparentes ou des fils électriques accessibles, à l'encombrement de la salle de kinésithérapie, à l'inutilisation de la balnéothérapie. La recommandation n° 6 est maintenue Remarque 14 maintenue
7	Mettre en place des mesures d'hygiène et d'entretien des locaux et des espaces de stockage	16 et 17 (Remarque majeure 1)	Immédiat	Les éléments suivants remis : - 10 fiches de taches du service hébergement, - documents décrivant la traçabilité, datant de décembre 2022, - Des contrôles des locaux et du bio nettoyage ne démontrent pas la mise en oeuvre de mesures efficaces ni une remise en question des pratiques suite aux constats faits pas la mission. La recommandation n° 7 est maintenue Les remarques 16 et 17 sont maintenues

				La remarque Majeure 1 est maintenue (cf.supra)
8	Adapter les mesures de protection de l'incontinence en fonction des besoins des résidents et de leur confort	25	Immédiat	L'argumentaire de l'établissement ne prend pas en compte les observations de la mission d'inspection: l'inconfort, les difficultés du maintien du dispositif et les odeurs d'urines notées pendant la visite sur site. La recommandation n° 8 est maintenue Remarque 25 : maintenue
9	Organiser la continuité du pilotage de l'établissement en l'absence de la directrice et les astreintes de façon structurée et formelle	5 et 11	Immédiat	Une procédure intitulée "Conduite à tenir en cas d'absence ponctuelle d'un directeur" datant du 21 mars 2022, a été remise ainsi que la liste des personnes "formées". Le planning d'astreinte a été communiqué. Il précise clairement les noms et les coordonnées des personnes à joindre. La recommandation n°9 est partiellement levée Remarque 11 : levée La remarque 5 portant sur la définition des missions relatives au projet d'établissement de la directrice dans le DUD est maintenue.
10	Mettre en place une gestion des plannings structurée, fiable et une procédure de gestion des remplacements pour assurer la continuité des soins	7 et 9	2 mois	L'établissement indique que la démarche pour l'élaboration d'une procédure de gestion des remplacements est en cours. Un extrait du relevé de projet d'action prioritaire est transmis. Les informations et les plannings transmis confirment l'informatisation des plannings. La recommandation n°10 est partiellement levée.

				Remarque 9 : maintenue dans l'attente de la formalisation de la procédure de remplacement Remarque 7 est levée au vu des documents et des informations remis concernant l'information des plannings. Ont été remises des fiches d'émargement des personnels ayant participé aux temps de formation et sensibilisation sur les protocoles qui datent toutes de 2023 Cependant, les éléments remis ne planifient pas une démarche structurée établie en fonction des besoins analysés par la direction de l'EHPAD "La Fontanière" pour l'accompagnement des personnels, la diffusion des bonnes pratiques professionnelles et la sécurité des résidents. La recommandation n° 11 est maintenue Remarques 29, 33 et 34 maintenues
11	Mettre en place des temps pour une sensibilisation/appropriation des personnels, sur le contenu des protocoles de soins et des bonnes pratiques professionnelles	29, 33 et 34	3 mois	
12	Renseigner les particularités individuelles importantes dans le bandeau de l'en-tête des plans de soins de nursing. Détailler les attentes de la surveillance nocturne, indiquer l'alimentation parentérale.	22 et 23	3 mois	L'établissement évoque que les en-têtes des plans de soins ont été complétés pour l'ensemble des résidents en faisant apparaître les différentes particularités, seules 2 en-têtes de plans de soins, attestent cette démarche, Concernant l'indication de l'alimentation entérale, un plan de soins technique exposant le protocole, clairement à destination des IDE, a été remis. S'il est exact que celui-ci ne doit pas apparaître sur le plan de soins des AS, en revanche, il est important que ces dernières aient l'information que la personne a une alimentation entérale et des troubles de la déglutition. En effet, si l'alimentation per os n'est pas du tout conseillée, cette indication doit être portée à la connaissance des professionnels.

			Par ailleurs le détail de la surveillance nocturne non-inscrit sur le plan de soins n'a pas été abordé. La recommandation n° 12 est maintenue dans l'attente que l'indication de l'alimentation entérale figure sur l'en tête du plan de soins pour la bonne information des professionnels ainsi que le détail de l'attendu de la surveillance nocturne.
13 Réaliser un plan de douches hebdomadaire en renseignant les modalités d'accompagnement	24	Immédiat	L'établissement évoque que la proposition d'une douche est faite chaque jour à l'ensemble des résidents, ce qui est confirmé par l'extraction de [REDACTED] de la journée du 21/12/2022. Selon la réalisation de celle-ci, la traçabilité de l'acte fait est enregistrée en précisant certains commentaires sur le déroulement de cet acte tel que le présente l'extraction de la journée entre le 20 et le 22 décembre 2022. Selon la réponse, des « tablettes seront mises en place en avril 2023 » pour faciliter cette traçabilité des douches. Il est à noter que la réponse de l'établissement a été envoyée le 17 mai. Aucun élément prouvant la mise en place effective des tablettes n'a été transmis. L'établissement ne répond pas au libellé de la recommandation qui évoque la mise en place d'une planification effective des douches sur la semaine avec la précision des modalités techniques et humaines des accompagnements, en répartissant de manière équitable selon le nombre de professionnels par étage. La possibilité offerte aux usagers d'une douche quotidienne est soulignée. La recommandation n°13 est maintenue. Remarque 24 maintenue

14	Définir dans le RAMA des thématiques sur le circuit du médicament, l'élaboration du dossier de soins, les modalités de l'évaluation gériatrique	27	2 mois	L'établissement répond qu'il se conforme à la procédure du groupe et à la trame du RAMA mises à disposition, sans répondre sur des ajouts envisageables pour évoquer le circuit du médicament et l'élaboration du dossier de soins. Concernant l'ajout des modalités de l'évaluation gériatrique, l'établissement transmet 2 exemples de synthèses gériatriques dont il est pris acte. La remarque n° 27 est maintenue dans l'attente des ajouts dans le RAMA des thématiques sur le circuit du médicament et sur le dossier de soins
15	Elaborer et décliner un plan de formations exhaustif (mentionnant notamment le nombre et la qualification des professionnels) et suivi à l'aide d'un tableau de bord	12 et 13	6 mois	De nouveau, l'établissement ne répond pas à la question qui renvoie au suivi et à la mise en place d'une organisation pour garantir les compétences et la qualification des personnels. Cette responsabilité relève du rôle du directeur et des managers en charge des résidents dans l'établissement. L'établissement doit s'approprier les outils du siège et les adapter. La recommandations n°15 est maintenue. Remarques 12 et 13 maintenues
16	Mettre en œuvre un suivi des projets personnalisés, les actualiser et les évaluer a minima une fois par an	21	2 mois	L'établissement a remis une extraction du taux des projets personnalisés réalisés, datant d'avril 2023 et une planification annuelle des révisions des projets. La recommandation n° 21 est levée

17	Elaborer un protocole sur la prise en charge des chutes, permettant de décrire la conduite à tenir en fonction des situations et de leur gravité	30	3 mois	Il est pris acte des éléments de réponse suivants : -l'accent mis sur la prévention des chutes et sur la formation des professionnels et l'analyse des signalements des chutes. -la fiche d'émargement du dispositif de la prévention des chutes: extrait de la commission des chutes (analyse des chutes survenues en mars 2023 et de proposition d'un plan d'actions complet). -la procédure de la déclaration et suivi des chutes qui aborde les éléments de la conduite à tenir face à une chute, le contenu du signalement, la surveillance post chute, l'analyse de la chute et la clôture de l'épisode de chute. Une fiche réflexe des chutes existe et permet d'apporter très succinctement la démarche pour faire face à une chute. La recommandation N°17 est levée.
18	Réaliser le suivi des prescriptions de contention physique passive et organiser des temps pour sa réévaluation	31	Immédiat	Le tableau d'extraction du logiciel [REDACTED] permet de lister les 18 résidents concernés par la contention. Il trace pour chaque résident la raison de la contention, la recherche du consentement, le matériel utilisé ainsi que la période horaire de la mise sous contention et le rythme de la surveillance. La signature du médecin coordonnateur est requise systématiquement pour le mois en cours. L'établissement évoque l'impossibilité de rajouter une colonne pour le suivi de la réévaluation. Cela se fait à la fin de chaque mois en équipe pluridisciplinaire Le MEDEC statue sur la nécessité de reconduire, ou non. Il a été

				transmis le document permettant de tracer l'évaluation mensuelle des contentions. La recommandation n°31 est levée.
19	Organiser la mesure du poids pour tous les résidents au moins une fois mensuellement	32	Immédiat	Selon l'établissement, la mesure du poids de chaque résident est systématiquement faite à son entrée et chaque mois. Le contrôle de cette traçabilité est effectif directement sur le logiciel [REDACTED]. L'extraction du mois de mars 2023 objective la mesure du poids pour les 48 résidents, ce document est visé par le médecin coordonnateur. L'établissement évoque les rappels de bonnes pratiques de la traçabilité du poids, notamment lors des relevés mensuels de poids organisés par l'IDEC et le MEDEC. Le CR du CLAN de février 2023 conforte cette démarche et présente aussi différents sujets sur l'alimentation dont un état des lieux des pratiques en place. La prévention de la dénutrition y est abordée. La recommandation n° 32 est levée
20	Introduire sur la liste de la dotation d'urgence les matériels disponibles pour l'urgence vitale (notamment extracteur d'oxygène et/ou bouteille d'oxygène, défibrillateur), et leur localisation afin de vérifier régulièrement leur date de péremption et leur fonctionnement	35	Immédiat	L'établissement a transmis une procédure de 2022 sur la gestion de la dotation du sac d'urgence: l'importance de connaître la localisation du sac et de son accessibilité est soulignée. La procédure mentionne la présence de la bouteille d'oxygène et du défibrillateur. Elle précise les modalités de suivi de la dotation d'urgence en se référant à l'inventaire de l'ensemble des dispositifs présents sur l'établissement. La fiche de traçabilité du suivi et inventaire de la dotation d'urgence sur le dernier semestre 2022 précise bien le suivi des 3 extracteurs d'oxygène et la présence du défibrillateur.