

La directrice générale

Affaire suivie par :



EMEIS

Direction des Etablissements
et Services Médico Sociaux
(DREMS)

12 rue Jean Jaurès- CS 10032
92813 Puteaux Cedex

Réf. :

PJ : Rapport d'inspection de l'EHPAD « Favorite

LRAR 20 186 530 0117 0

Lyon, le **7 OCT. 2024**

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

Monsieur le Directeur Général,

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 Favorite le 03 Janvier 2024 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 1^{er} juillet 2024 les mesures correctives, que nous envisageons de prononcer, afin de remédier aux manquements et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courriel du 08 Septembre 2024.

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.

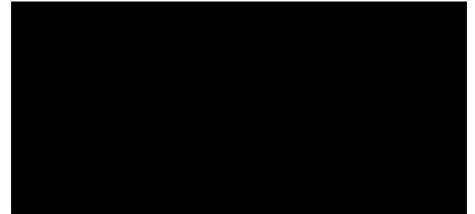
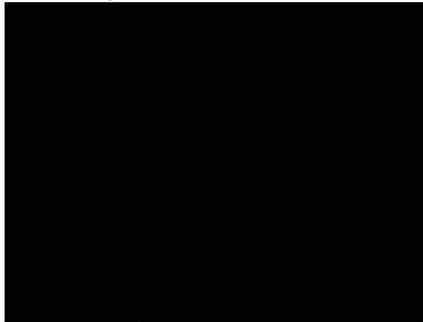
Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier les décisions définitives, dont vous trouverez le détail dans le tableau figurant en annexe.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de l'ARS du Rhône et de la Métropole de Lyon et par la Métropole de Lyon. Vous veillerez à leurs 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.



COPIE à  Directrice de l'EHPAD la Favorite

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	Formaliser : - Un nouveau projet d'établissement (Article L.311-8 du CASF) - Une convention avec un établissement de santé pour assurer la prise en charge des résidents dans le cadre des hospitalisations (Article D 312-158 et D 312-155-0 du CASF) En dehors des 4 protocoles (chute, dénutrition, contention et traitement des escarres) l'ensemble des protocoles actifs de conduite à tenir vis-à-vis des risques médicaux (Article D312-158-5 du CASF).	E.1, E.3 et E.7	3 mois	L'établissement a formalisé : - Son projet d'établissement projet communiqué) - Une convention avec l'hôpital Pierre Garaud L'établissement informe que Le médecin coordonnateur s'assure de la bonne application des procédures internes au groupe émanant de la direction médicale. Les prescriptions n°1 et n°3 : Levées La prescription n°7 est maintenue dans l'attente de la communication de l'ensemble des protocoles actifs de conduite à tenir vis-à-vis des risques médicaux
2	Insérer dans le règlement de fonctionnement conformément à l'article R311-35 un paragraphe concernant les mesures collectives relative à l'exercice de la liberté d'aller et venir et à la sûreté des personnes et des biens	E.2	Immédiat	L'établissement informe que le règlement de fonctionnement a intégré un paragraphe concernant les mesures collectives relative à l'exercice de la liberté d'aller et venir et à la sûreté des personnes et des biens La prescription n°2 est levée
3	Augmenter la quotité de temps de travail du médecin coordonnateur à 0,6 ETP, conformément au décret n°2022- 731 du 27 avril 2022.	E.6	Immédiat	L'établissement indique que le médecin coordonnateur est bien à 0.6 ETP conformément à ce qu'indique son contrat de travail La prescription n°6 est levée.
4	Garantir la sécurité des résidents (article L311-3 du CASF) en améliorant la sécurisation du chantier extérieur, des locaux et des espaces de circulation.	E4, E.5 et R.11	Immédiat	L'établissement précise que les travaux relatifs à l'isolation du bâtiment sont désormais terminés. Par ailleurs les locaux de stockage sont désormais verrouillés soit par le biais de serrures à clés, soit par le biais de poignées à code. Toutefois, il est précisé que l'établissement est en cours d'aménagement d'un local sur chaque étage pour ranger le matériel de levage

				Les prescriptions n°4 et n°5 sont levées La recommandation n°11 est maintenue
5	Procéder à l'arrimage de la bouteille d'oxygène conformément à l'article L311-4 du CASF	E.8	Immédiat	L'établissement informe que conformément au RCP et au règlement de sécurité relatif aux établissements recevant du public que les bouteilles sont arrimées et se trouvent à l'infirmerie ,près de la trousse d'urgence, puisqu' il s'agit de bouteilles d'oxygène d'urgence non affectées à un résident. La prescription n°8 est levée

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
Je vous recommande de :				
1	Pourvoir les lits conformément à l'autorisation	R.1	Immédiat	Depuis le 1er mars, 26 nouveaux résidents ont intégré l'établissement. Au 31/07/2024, le taux d'occupation s'élève à 81.2%. La recommandation n° 1 est maintenue dans l'attente d'un taux d'occupation plus conforme à son autorisation La nouvelle directrice a formulé auprès du service formation plusieurs vœux de formation pour compléter le plan de formation 2024. Par ailleurs, des sessions de sensibilisation sur la maladie d'Alzheimer ont été dispensées par la psychologue de l'établissement ainsi que le médecin coordonnateur. (Ces sensibilisations complètent les formations externes qui sont prévues sur la fin d'année) Les recommandations n°7 et n°8 sont levées
2	Veiller à établir un plan de formation au profit des professionnels et de leurs besoins et au vu des publics porteur de la maladie d'Alzheimer, afin d'assurer une prise en charge adaptée des résidents.	R.7 et R.8	3 Mois	

3	Mettre en place : -Un dispositif formalisé et opérationnel de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations conformément aux bonnes pratiques formulés par l'HAS ; -Une délégation de signature aux adjoints de direction ; -Une traçabilité des amplitudes horaires des salariés ; -Une procédure pour les remplacements ; -Une relève orale entre les professionnels conformément aux recommandations de l'HAS ; -Un dispositif de soutien aux professionnels conformément aux recommandations des bonnes pratiques de l'HAS	R.2,R.3,R.4,R.5 R.6,R.9,	6 Mois	L'établissement informe la mise en place un dispositif formalisé et opérationnel de recueil de traitement et d'analyse des réclamations. Une nouvelle Directrice a pris ses fonctions en mars 2024 et peut déléguer de manière expresse et exceptionnelle la signature de certains documents administratifs à l'adjoint de Direction. Concernant les amplitudes horaires des salariés une réorganisation du travail a été réalisée afin d'améliorer la continuité d'accompagnement des résidents. Il a été mise en place une procédure de remplacement affichée à l'infirmerie et à l'accueil. Ce document détaille la marche à suivre en cas d'absence inopinée. En matière de transmission oral, une réorganisation du travail a été réalisée afin d'améliorer la continuité d'accompagnement des résidents Enfin, l'établissement a mis en place des séances d'analyses des pratiques professionnelles au sein de l'établissement depuis le mois d'avril 2024. Les recommandations n°2 n°3 n°4 n° 5 n°6 et n°9 sont levées L'établissement précise qu'il a signé une convention pour intégrer la filière gériatrique de Lyon Nord. La recommandation n°10 est levée
4	Participer à une filière gériatrique en vue, notamment, d'assurer une prise en charge efficiente des résidents.	R10	Immédiat	
5	Retravailler les plans de douche et de change, le protocole de prévention et de traitement des chutes, le suivi nutritionnel des résidents, le protocole relatif à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur, le protocole sur la prévention et le traitement des escarres	R.12, R.13, R.15, R.16, R.20, R.18	3 Mois	L'établissement précise que : - Concernant le plan de douche, les résidents mentionnés dans le rapport d'inspection sont des résidents dont la fréquence des douches est bien indiquée sur le plan de soin. - Concernant la prévention des chutes, chaque résident bénéficie d'un bilan d'autonomie par l'ergothérapeute. Pour les résidents identifiés comme présentant un risque de chute, ils bénéficient de séances d'ateliers prévention des chutes par l'ergothérapeute. Enfin, lorsqu'une chute survient, l'équipe soignante complète une « fiche de chute » - Lors de l'admission d'un résident, le médecin coordonnateur réalise l'EGS. Il est réalisé une prise en sang d'albunémie. Les résidents sont pesés tous les

				mois et le médecin coordonnateur analyse les relevés et mets en place les actions nécessaires (prescription, régimes hyperprotéiné, et compléments alimentaires.) En cas de perte de poids, une surveillance alimentaire sur trois jours est planifiée sur le plan de soin afin de déterminer les causes (textures, troubles cognitifs etc). Le suivi nutritionnel est un point à l'ordre du jour des réunions pluridisciplinaires. - Concernant Les résidents bénéficient tous d'évaluation de la douleur à l'entrée. Une évaluation de la douleur est systématiquement indiquée dans le plan de soin dès lorsqu'il est prescrit un antalgique. Par ailleurs des sensibilisations en interne sont réalisées régulièrement pour inciter le personnel à questionner et évaluer la douleur des résidents. La recommandation 13 est maintenu dans l'attente de la formalisation d'un plan de change retravaillé.
6	Formaliser une organisation : - afin d'assurer et suivre la réévaluation régulière des résidents sous contention physique et la mise à jour des prescriptions médicales. - pour l'accompagnement de fin de vie des résidents.	R.17 et R.19	3 Mois	L'établissement précise que les contentions physiques sont réévaluées chaque semaine au cours de la réunion pluridisciplinaire En matière de fin de vie des sensibilisations en internes sont réalisées régulièrement sur cette thématique. Les recommandations n°17 et n°19 sont levées
7	Réorganiser le service des repas et/ou systématiser la proposition de collation afin de ne pas espacer de plus de 12h deux repas en vertu des recommandations de l'HAS visant à lutter contre la dénutrition des personnes âgées.	R.14	Immédiat	L'établissement précise que le repas commence à 18h15. Les petit-déjeuner sont servis partir de 7h30. L'établissement a réaménagé les horaires des AS afin de garantir une présence soignante à partir de 7h30 et de ce fait servir les petits déjeuners plus tôt. Par ailleurs, nous avons organisé un tour de collations en début de nuit pour l'ensemble des résidents. La recommandation n°14 est levée