

La Directrice Générale

[REDACTED]  
Directeur général  
Habitat Humanisme Soins  
69 chemin de Vassieux  
69 300 Caluire et Cuire

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 Smith le 31 octobre 2023 au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôlé « 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 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 courriel du 26 juillet 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 « Télerecours citoyen » sur le site [www.telerecours.fr](http://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'agrérer, Monsieur le Directeur Général, l'assurance de ma considération distinguée.



*COPIE à [REDACTED] Directrice de l'EHPAD la Smith*

## **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	Réunir le CVS au moins trois fois par an conformément à l'article D311-16 du CASF Actualiser le règlement de fonctionnement du CVS en mentionnant l'extension de ses missions	Ecart 1 R.1	Immédiat	L'établissement a mis en place 3 CVS en 2022 et 2023 et s'engage à faire de même pour 2024 et informe que le règlement de fonctionnement du CVS est en cours de formalisation.  <b>La prescription n°1 : Levée La Remarque 1 est maintenue dans l'attente de la formalisation du règlement de fonctionnement du CVS</b>	
2	En matière d'organisation des soins Conformément aux articles R 4311-4, D 312-158-1er et D312-158 du CASF :  -Elaborer un protocole de soins infirmiers entre les IDE et les AS concernant la distribution des médicaments ; -Veiller à ce que le projet général de soins ainsi qu'un RAMA soit bien élaboré par le médecin coordonnateur ; -Mettre en place la commission gériatrique ; -Actualiser les protocoles concernant les conduites à tenir en cas de risques médicaux.	Ecart 2, 4, 5 6 et 7 R.11 R.12 R.17 R.16 R.18 R.19	Immédiat	L'établissement informe qu'un certain nombre de protocoles et procédures ont été mis en place (Dénutrition, Douleur, soins palliatif, fin de vie, chute, protocole de soins infirmiers entre les IDE et les AS).  L'établissement précise que Le RAMA a été formalisé en 2024 par le médecin coordonnateur et qu'une commission gériatrique s'est tenue.  <b>Les prescriptions 2,4,5 et 7 sont levées Les recommandations 12 16 17 18 et 19 sont levées</b>  <b>La prescription 6 est maintenu dans l'attente de la formalisation d'un protocole concernant les conduites à tenir en cas de risques médicaux</b>  <b>La recommandation 11 est maintenue dans l'attente de la formalisation d'une procédure concernant la planification des douches</b>	

	planification des douches des résidents			
	Mettre en place une stratégie de la prévention et de la prise en charge de l'incontinence au sein de l'établissement			
3	<b>Augmenter le temps du médecin coordonnateur à 0,6 ETP conformément à l'article D 312-126 CASF</b>	Ecart 3	Immédiat	L'établissement indique que le temps du médecin coordonnateur est passé de 0,2 ETP à 0,48 ETP <b>La prescription 3 est maintenue dans l'attente du passage du temps de médecin coordonnateur à 0,6 ETP.</b>
4	<b>Mettre en place un suivi des ordonnances des résidents sous contention et du renouvellement de la prescription dans le temps imparfait conformément à l'article R311-0-7 du CASF</b>	Ecart 8	Immédiat	L'établissement informe que toutes les contentions sont renouvelées tous les mois (MEDCO + IDE + CDS) <b>La prescription 8 est levée</b>
5	<b>Mettre en place une gestion rigoureuse des médicaments en mettant fin à la constitution de stock conformément aux article L5126-10 et 5126-108 du CSP</b>	Ecart 9	Immédiat	L'établissement précise que le pôle soins à procéder à la suppression des stocks dits "sauvage". Il ne persiste qu'un stock tampon (pharmacie) Les médicaments des résidents sont stockés en pharmacie avec le nom du résident sur la boîte. Ils sont présents dans les bannettes respectives des résidents. <b>La prescription 9 est levée</b>

Nº	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION	
1	Je vous recommande de :			L'établissement indique que les fiches « Événements Indésirables » sont placées sur [REDACTED] avec une analyse en CODIR toutes les 2 semaines.	
2	Mettre en place une procédure formalisée du recueil et du traitement des réclamations.	R 2	Immédiat	<p>La procédure est en cours de formalisation</p> <p><b>La recommandation n° 2 est maintenue dans l'attente de la formalisation de la procédure</b></p> <p>L'établissement informe qu'un document de délégation de pouvoir a été formalisé en cas d'absence de la direction</p> <p>Pour les ASD il est existence d'une procédure en cas d'absence inopinée.</p> <p>L'établissement précise qu'il a été mis en place un roulement de 3 personnes d'astreintes (CDS, direction et gouvernante) qui réalisent à chaque fois une semaine du Lundi au Lundi. Un document reprend le nom de la personne d'astreinte avec la semaine d'astreinte, son numéro de téléphone professionnel ainsi que les motifs d'appels. Le document est présent en salle de relève, en cuisine et à l'infirmerie.</p> <p>L'établissement précise que pour l'année 2024 plusieurs formations ont été proposées concernant l'accompagnement des personnes vulnérables</p> <p><b>Les recommandations 3,4,5 et 6 sont levées</b></p>	

	Formaliser une convention avec l'équipe mobile de soins palliatif [REDACTED].	R7	Immédiat	<b>La direction précise que des contacts vont être passés avec l'équipe de SP de [REDACTED]</b>  <b>La recommandation 7 est maintenue</b>
3	En termes de sécurisation des équipements : Equiper les toilettes ouvertes aux « public » de barre d'appui et de sonnette d'appel  S'assurer du bon fonctionnement de tous les appels malades au sein de chaque chambre	R8 et R9	Immédiat	L'établissement précise que les barres d'appuis ont été installées et tous les appels malades ont été vérifiés  <b>Les recommandations 8 et 9 sont levées</b>
4	En termes de personnalisation de l'accompagnement : Mettre en place un professionnel référent pour chaque résident Améliorer avec le nouveau prestataire la traçabilité des menus ; Réorganiser le service des repas afin de réduire l'amplitude horaire entre le temps du dîner et le temps du petit déjeuner afin de se conformer aux recommandations de l'HAS ; Réduire le nombre de couchers prématurés	R10 R13 R14 R15	Immédiat	L'établissement informe :  Qu'un référent par étage a été mis en place Qu'un travail et une réflexion sont en cours pour améliorer la qualité des repas et les couchers Qu'une collation a été mise en place  <b>Les recommandations 10, 14 et 15 sont levées</b> <b>La recommandation 13 est maintenue</b>
5				