

La délégation départementale
du Rhône et de la Métropole de Lyon

Dossier suivi par :



KORIAN
Ehpad Gerland
Madame la Directrice Régionale
6 rue Ravier
69007 LYON

Lyon, le 17 DEC. 2024

Ref : 2024 - PMIEC - 049

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

LRAR 20166947 08207

PJ : 1 Mesures correctives définitives

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 Gerland le 20 Mars 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 10 Septembre 2024 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux non-conformités, carences et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier électronique en date du 14 Octobre dernier.

Nous notons tout d'abord que vous n'avez pas formulé d'observations quant aux constats de la mission. Le rapport qui vous a été transmis le 10 septembre 2024 est donc inchangé.

Nous prenons acte de l'ensemble des éléments de réponse que vous nous avez apportés pour remédier aux dysfonctionnements objectivés et des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

Au terme de la procédure contradictoire, nous avons l'honneur de vous notifier notre décision définitive 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 courent à réception de la présente décision et vous attacherez en particulier à nous transmettre les éléments de preuve :

- sur le stockage sécurisé de la bouteille d'oxygène
- sur le nombre de lits réellement installés

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au conseil d'administration et au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement.

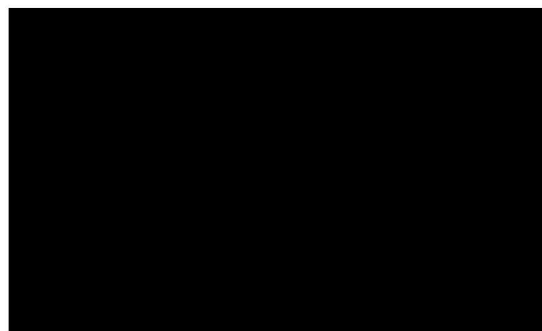
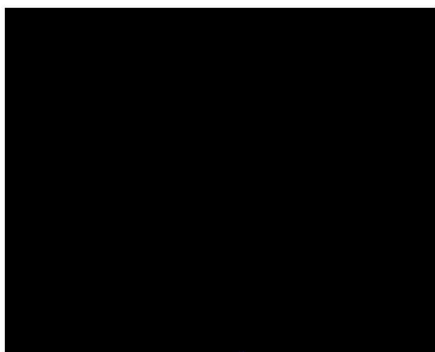
Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué conjointement par la délégation départementale du Rhône et de la Métropole de Lyon et les services de la Métropole de Lyon.

Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants attestant de la mise en œuvre des actions correctives dans les délais impartis.

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'expression de notre considération distinguée.



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	Mettre en place une organisation permettant de réduire le temps de réponse à l'appel malade afin d'assurer la sécurité des résidents, conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	E2	Immédiat	L'établissement a transmis la procédure de suivi des temps de réponses des systèmes d'appel du groupe Korian datant de février 2022. Il est pris acte de la mise en place d'auto-contrôles mensuels (cf. la transmission de la fiche de suivi des auto-contrôles réalisés depuis janvier 2024, à raison d'un contrôle mensuel ou 2 contrôles en septembre 2024). La prescription n°1 est levée.
2	Mettre à jour le projet d'établissement en inscrivant le nombre de lits d'hébergement permanent et ceux dédiés à l'aide sociale autorisés par les autorités de tutelle (art. L.311-8 et D311-38 CASF)	E1 ; R2	6 mois	Le projet d'établissement a été mis à jour pour le nombre de places habilitées à l'aide sociale, soit 11 places et non 8. En revanche, en page 25, la capacité de lits installés, soit 81 lits est toujours supérieure au nombre de lits autorisés et financés, soit 80 lits. La prescription n°2 est maintenue dans l'attente de transmission d'éléments probants sur le nombre de lits réellement installés.
3	Réunir une fois par an minimum la commission de coordination gériatrique avec les différents professionnels de santé salariés et libéraux réalisant des actions de prise en charge auprès des résidents de l'EHPAD, en vertu de l'article D312-158 CASF	E3	6 mois	L'établissement évoque l'annulation de la réunion envisagée en juin 2024, en raison d'une épidémie de COVID. Il a été transmis l'invitation de juin, la pièce relative à son annulation n'a pas été jointe contrairement à ce que l'établissement annonce. En revanche l'invitation pour la prochaine réunion de CCG permet d'attester de la date prévue : le 13 décembre 2024. La prescription N°3 est levée

4	Stocker la seconde bouteille d'oxygène en l'arriant dans un local ventilé à l'abri de la chaleur, conformément aux conformément à l'autorisation de mise sur le marché et au règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux établissements recevant du public	E4	Immédiat	L'établissement précise « dans l'attente de la réalisation des travaux, la bouteille d'oxygène a été déplacée ». Cela ne permet pas d'attester que son stockage est sécurisé. La date des travaux n'est pas précisée ni en quoi ils consistent. La prescription N° 4 est maintenue dans l'attente de transmission d'élément de preuve
---	--	----	----------	--

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
1	Mettre en place un traitement équitable des personnes accueillies en permettant aux résidents bénéficiaires de l'aide sociale de choisir l'occupation d'une chambre simple ou d'une chambre double.	R1	immédiat	L'établissement indique que sur les 11 résidents bénéficiaires de l'aide sociale, 5 d'entre eux occupent une chambre simple (n° 103, 115, 116, 201, 411) ; la mission d'inspection lors de la visite de l'établissement avait identifié les chambres doubles par les numéros 113, 213, 313 et 413. La recommandation n°1 est levée. L'établissement précise que des outils concernant les événements indésirables et les réclamations sont déjà existants. Informatisés, ils sont accessibles par l'ensemble des professionnels de l'établissement. Une extraction du logiciel des événements indésirables et des réclamations à date sont transmis. Ses documents indiquent que l'action est « en cours » ou clôturée mais ne précisent pas si les déclarants sont informés de l'action corrective réalisée. Par ailleurs, il n'est pas précisé si un plan d'actions et une sensibilisation des personnels sont réalisés pour éviter toute réitération.
2	Mettre en place un dispositif formalisé et opérationnel de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers conformément aux bonnes pratiques formulées par la HAS/ANESM qui recommande "de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et événements indésirables".	R3 ; R4	3 mois	La recommandation n°2 est maintenue dans l'attente de transmission d'éléments probants sur la mise en place d'une information au déclarant sur l'action corrective réalisée, de la mise en place de plan d'actions et de sensibilisation des personnels.

3	Sécuriser la gestion des ressources humaines pour assurer une prise en charge de qualité des résidents en : - Formalisant une procédure dédiée expressément aux personnels remplaçants - Procédant à la mise à jour des fiches de missions des IDEC, IDE et ASD - Réorganisant le planning des astreintes pour une distribution plus équitable des astreintes entre les personnels d'astreinte - S'assurant de l'affichage optimal du numéro d'astreinte - Réalisant un suivi chiffré des formations réalisées par le personnel - Limitant la rotation des personnels entre les étages	R5 R6 R7 R8 R9 R12	2 mois 6 mois 3 mois Immédiat 6 mois 6 mois	Il est pris acte qu'à l'arrivée d'un nouveau collaborateur remplaçant, la cadre de santé envoie systématiquement un mail d'accueil avec les différents codes de l'établissement. La note d'information du groupe Korian à l'attention des établissements est également transmise à la mission d'inspection. La mesure relative à la remarque R5 est levée. Il est pris acte de la révision du planning des astreintes avec une répartition équitable des astreintes du personnel d'encadrement et de direction. La mesure relative à la remarque R7 est levée. Il est pris acte que les personnels sont affectés à un étage pur une durée minimale d'un an à l'issue de laquelle, dans le cadre de la prévention des risques, une réaffectation est opérée. La mesure relative à la remarque R12 est levée. La recommandation est partiellement levée pour les mesures relatives aux remarques R5, R7 et R12. La remarque R6 est maintenue dans l'attente de transmission des fiches de missions des IDEC, IDE et ASD mises à jour ; seule la fiche de poste de l'ASD de nuit mise à jour le 05.10.2022 a été transmise. La remarque R8 est maintenue dans l'attente de transmission d'éléments probants de l'affichage optimal du numéro d'astreinte pour être immédiatement visible des nouveaux embauchés. La remarque R9 est maintenue dans l'attente de transmission du suivi chiffré des formations.
---	--	---	--	--

4	Veiller à la sécurisation de tous les locaux et lieux pouvant mettre en danger la sécurité des résidents	R10 ; R11	Immédiat	Il est pris acte qu'un rappel des bonnes pratiques a été immédiatement réalisé à l'ensemble de l'équipe, la porte d'un local de stockage des chariots de nursing étant ouverte lors de la visite de la mission d'inspection. La recommandation n°4 est maintenue dans l'attente de transmission d'éléments probants formalisant le rappel effectué. Concernant, le traitement des escarres : l'établissement a retransmis le guide de recommandation de bonnes pratiques plaies et cicatrisations de KORIAN déjà analysé par la mission. Ce livret de 32 pages est très complet sur les différentes plaies, mais aucun protocole sur le traitement des escarres selon les 4 stades n'est formalisé. Il est évoqué la conduite à tenir (CAT) pour prévenir les escarres.
5	Lister et mettre à disposition des personnels les protocoles de soins : - Sur la prise en charge thérapeutique des différents stades cliniques des escarres afin de partager les pratiques entre tous les professionnels - Pour la prise en charge de la douleur, son évaluation et sa traçabilité	R17 ; R19 ; R20	2 mois	Le protocole de la prise en charge de la douleur « politique de prise en charge de la douleur » de juin 2023 qui précise la stratégie de lutte contre la douleur. Ce document ne permet pas de décliner sur la structure les modalités du repérage de l'évaluation de la douleur et des suites données pour sa prise en charge. Les échelles d'évaluation de la douleur ne sont pas annexées, leur passation n'est pas expliquée. L'incitation des personnels à leur utilisation autant que de besoin n'est pas décrite. Ce protocole n'est pas pragmatique et ne permet pas de donner aux professionnels une CAT.
	Mettre en place un suivi des prescriptions médicales des contentions physiques passives en veillant à leur renouvellement et leur évaluation. Veiller au respect de l'amplitude maximale du jeûne nocturne.	R18 R16	2 mois Immédiat	Il n'est pas répondu à la mise à disposition d'une liste des protocoles de soins concernant l'ensemble des risques médicaux et les pratiques gériatriques selon les RBPP.

			Il n'est pas répondu à la mise en place d'un suivi des prescriptions médicales des contentions physiques et de l'organisation de leur suivi, de l'évaluation des contentions dans le cadre de leur renouvellement. L'établissement afin de respecter l'amplitude maximale du jeûne nocturne a mis en place une collation quotidiennement proposées à l'ensemble des résidents. Cela est conforté par la fiche de tâche du poste de nuit des AS et agent de vie sociale : au 1^{er} tour proposition et distribution d'une collation de nuit, par contre aucune précision n'est faite sur les collations en place. La recommandation N° 5 est maintenue dans l'attente de transmission notamment d'un protocole relatif aux traitements des 4 stades de l'escarre, et de la conduite à tenir pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur de manière très pragmatique. La mesure relative à la remarque R16 peut être levée, en veillant à une diversification des collations nocturnes.
6	Formaliser la planification des changes et des accompagnements aux WC afin d'avoir des horaires concordants entre ces 2 actes et des fréquences suffisamment espacées pour la réalisation des changes.	R14	L'établissement informe que la planification des changes et des accompagnements aux WC est formalisée dans chaque plan de soin, avec une personnalisation en fonction des besoins et habitudes des résidents. Selon les 2 plans de soins transmis cela est bien formalisé. La recommandation N°6 est levée en veillant à poursuivre l'élaboration des plans de soins en lien avec les besoins et attentes des résidents

7	Compléter les plans de soins techniques IDE en précisant les actes à réaliser, la localisation de la surveillance cutanée programmée et le traitement des escarres en place. Indiquer le contrôle de saturation des changes sur le plan de change de jour comme de nuit notamment des personnes n'ayant qu'un change sur 24h.	R13	2 mois	L'établissement indique avoir mis en place des fiches pansements personnalisés. Malgré tout, selon l'extraction NETSOINS des pansements, 13 résidents sont concernés. Les protocoles thérapeutiques pour 7 résidents [REDACTED] ne sont pas inscrits ; seuls la localisation et le type de plaie qui sont mentionnés. Pour les autres, les protocoles sont peu développés. L'établissement mentionne que les bonnes pratiques prévoient systématiquement un minimum de 3 changes par 24H. Il n'est pas répondu à la question du contrôle de la saturation, permettant d'éviter de changer la protection d'un résident ou bien de le faire. Le « systématique » ne répond pas aux besoins individualisés. La recommandation N°7 est maintenue dans l'attente des corrections demandées sur la définition des protocoles thérapeutiques des plaies cutanées pour chaque résident concerné et la notion du contrôle de la saturation des protections.
R15	Immédiat			