RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes

MÉTROPOLE GRAND LYON

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La délégation départementale
du Rhône et de la Métropole de Lyon

[redacted]

IGH
[redacted] Directeur général
Rue de l'Eglise
69390 CHARLY

Réf. : 2025-PMEC-20

Lyon, le 26 MAI 2025

Objet : Notification de décision définitive suite à l'inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et la Métropole de Lyon – EHPAD LES VERTS MONTS à CHARLY

LRAR 1A 210 334 3610 9

PJ : 1 Mesures correctives définitives

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 LES VERTS MONTS à CHARLY le 29 novembre 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 26 février 2025 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux manquements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 25 mars 2025. Nous prenons acte des 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 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 l'actualisation des protocoles de soin et à la formalisation des projets d'accueil personnalisés des résidents.

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 du Rhône et de la Métropole de Lyon de l'ARS (service personnes âgées) et la Métropole de Lyon.

Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires selon les délais mentionnés dans le tableau ci-

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données de l'ARS (ars-ara-dpd@ars.sante.fr).

après.

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'expression de notre considération distinguée.

[redacted]

Par délégation du Président de la Métropole de Lyon,

La Directrice générale adjointe,
Délégation Solidarités, Habitat et Éducation

[redacted]

Copie à M. le Directeur de l'EHPAD LES VERTS MONTS

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

Les mesures correctives sont prononcées en référence aux écarts et remarques formulés par la mission dans son rapport et mentionnés dans les tableaux ci-dessous.

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) mais non fondé sur un texte précis et / ou manquement à 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	**Concernant les outils de la loi 2002-2 :** - Formaliser un projet d'établissement et le présenter aux différentes instances, conformément aux articles L. 311-8 / D. 311-8 / D. 312-9 du CASF - Actualiser le livret d'accueil du résident - Faire signer aux résidents leurs contrats de séjour ainsi que l'annexe 4 relative à la liberté d'aller et venir du résident, conformément à l'article R. 311-0-7 du CASF - Faire signer systématiquement les comptes rendus de CVS par le Président du CVS, conformément aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF	E1 ~~E14~~ ~~E2, E13~~ ~~E3~~	9 mois ~~3 mois~~ ~~Immédiat pour les prochaines admissions~~ ~~Immédiat pour les prochains CVS~~	Concernant la prescription n°1: Pour l'écart n°1 relatif à la formalisation du projet d'établissement, l'établissement demande la requalification de la prescription en recommandation en argumentant sur le fait que le document « synthèse du projet d'établissement 2023-2027 » est en conformité avec l'article L311-8 du CASF. Il ne peut être accéder à cette demande car le document n'a pas fait l'objet d'un travail pluridisciplinaire associant tout le personnel de l'EHPAD dans une démarche d'amélioration de la qualité de l'établissement. De plus, les modalités d'organisation et de fonctionnement ne sont pas développées. La direction est invitée à consulter le décret n°2024-166 du 19/02/2024 relatif au projet d'établissement des ESSMS qui définit clairement ce que doit contenir le projet d'établissement. Concernant l'écart n°14, il est pris acte de la transmission du livret d'accueil finalisé en décembre 2024. Concernant les écarts n°2 et 13 sur les contrats de séjour, il est pris acte de la démarche engagée pour faire signer les résidents ou leurs représentants légaux. S'agissant de l'écart n°3, il est pris acte de la validation du compte-rendu de la réunion du CVS à la réunion suivante et de la signature du document par le président. Au vu de ces éléments, **la prescription est maintenue** sur le point relatif au projet d'établissement en lien avec l'écart n°1. **Délai : 9 mois**
2	**En matière de sécurité, conformément à l'article L. 311-3 du CASF :** - Sécuriser l'accès aux escaliers intérieurs - Enlever les éléments pouvant être dangereux sur la terrasse - Entretenir les locaux afin d'offrir aux résidents un environnement sécurisé - Installer des appels-malades dans toutes les salles de	E9 E10 E11	6 mois Immédiat 6 mois	Concernant la prescription n°2 : Au vu des différents documents transmis, il est pris acte du nettoyage et du rangement de la terrasse, de la réception des nouveaux DECT, de la mise à jour du plan de table. Concernant les DLU, celui de la personne en chambre 110 a été renseigné sur les pathologies. L'établissement annonce que tous les dossiers ont été repris pour s'assurer que les informations sur les pathologies soient bien saisies dans chaque dossier, et qu'un travail est cours pour harmoniser la traçabilité

	bains - Mettre en place une organisation permettant de réduire le temps de réponse à l'appel malade - Mettre à jour le plan de table - Améliorer la signalétique intérieure de l'établissement - Indiquer dans les DLU les données des pathologies en cours	E12 ~~E17~~ R13 ~~R17~~	3 mois ~~Immédiat~~ 3 mois ~~1 mois~~	dans les dossiers, sans pour autant donner un calendrier des mises à jour ni les consignes formalisées pour effectuer ce travail. De plus, l'établissement indique que des actions sont en cours concernant la sécurisation des escaliers intérieurs, l'entretien des locaux, le fonctionnement des appels-malades dans les salles de bains des résidents, l'organisation permettant de réduire le temps de réponse à l'appel-malade et la signalétique intérieure de la structure. **La prescription n°2 est donc maintenue**, sauf pour les mesures en lien avec l'écart n°17 et la remarque 17 en veillant pour cette dernière à donner les consignes pour actualiser les dossiers médicaux et donc les DLU et les modalités de contrôle de cette action. **Délai : immédiat à 6 mois**
3	**En matière de gestion des risques :** Développer la démarche d'amélioration continue de la qualité en : • formalisant une procédure unique de déclaration des événements indésirables conformément aux articles L. 331-8-1 et L. 1413-14 du CSP permettant : - la déclaration par le professionnel ayant constaté l'EI, - un traitement complet des événements indésirables survenus, - un bilan annuel des EI/EIG, - la déclaration de tous les EI / EIG(S) à déclaration obligatoire aux autorités administratives compétentes • formalisant le dispositif de recueil et d'analyse des réclamations. - s'assurant de l'appropriation et de la mise en œuvre de ces démarches par l'ensemble du personnel	R3 R2 E4, R4	6 mois	S'agissant de la prescription n°3 : Il est pris acte de la rectification des dates présentes sur la procédure de déclaration et de gestion des événements indésirables et de l'envoi le 14/03/2025 d'un EIG concernant une erreur dans l'administration d'un médicament. Cette démarche doit s'inscrire dans le long terme. L'établissement doit encore travailler sur: - la révision de la procédure concernant les modalités de déclaration des EIG via le site internet dématérialisation des démarches sociales (demat.social.gouv.fr), - un tableau de suivi de ces EI/EIG, - la formalisation du dispositif de recueil et d'analyse des réclamations, - l'appropriation par le personnel de la démarche de signalements. En effet, il est préférable que la formation dispensée en 2024 à certains personnels (des dates en 2023 sont d'ailleurs inscrites dans le document transmis) soit renouvelée chaque année. Au vu de ces éléments, **la prescription n°3 est maintenue.** **Délai : 6 mois**

4	**En matière de ressources humaines :** - Formaliser des consignes permettant d'encadrer la prise de poste des remplaçants - Accroitre la qualification de l'équipe aide-soignante par le recrutement et par l'accompagnement à la formation professionnelle (article L312-1 II du CASF) - Compléter le temps de médecin coordonnateur conformément à l'article D312-156 du CASF - Mettre en place un dispositif d'analyse de la pratique - Doter le personnel de fiches de poste - Transmettre la copie des diplômes des personnels présents le 29/11/2014 ainsi que les fiches de poste et de tâche des agents de nuit	E7 E5 ~~E19~~ R11 R6 ~~E6~~ et R7	3 mois 6 mois et sur long terme ~~6 mois~~ 3 mois 1 mois	S'agissant de la prescription n°4 : L'établissement indique que le livret d'accueil des intérimaires et vacataires sera formalisé et qu'il est en difficulté pour recruter des aides-soignants diplômés malgré différentes actions mises en place (annonces, augmentation des conditions salariales...). Il est pris acte que 4 personnels faisant-fonction d'aide-soignant (FFAS) sont en cours de VAE ou en alternance ou formation. Il est pris acte aussi de l'augmentation du temps de travail du médecin coordonnateur à 0.60 ETP, conformément à la réglementation, et de la prochaine mise en place de l'analyse de la pratique (APP). Néanmoins, le contrat d'engagement pour l'APP devra être envoyé aux services de l'ARS et de la métropole de Lyon effectuant le suivi de l'inspection. Concernant les fiches de poste et fiches de tâches, l'établissement indique qu'elles seront créées ou mises ou à jour. Il est pris acte de la transmission des diplômes des salariés présents le 29/11/2024. Concernant les fiches de tâches des agents de nuit, les horaires de pause d'une des 2 fiches ne sont pas justes (ces horaires sont les mêmes pour les 2 fiches alors qu'ils sont différents dans le déroulé chronologique). Au vu de ces éléments, **la prescription n°4 est maintenue**, sauf pour les mesures en lien avec les écarts n° 6 et 19. **Délai : 1 à 6 mois**
5	**Concernant les projets d'accueil personnalisé des résidents (articles L311-3 et D312-155-0 du CASF) :** -Formaliser pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé comprenant un projet de vie et un projet de soin et prévoir sa réévaluation annuelle -Définir le rôle de référent des résidents et organiser l'attribution des référents à chaque personne -Organiser la bonne connaissance des professionnels sur les habitudes de vie de chaque résident pris en charge afin de respecter leurs besoins	E15 R14 R15	6 mois 3 mois 3 mois	Concernant la prescription n°5 : L'établissement indique dans sa réponse que la procédure concernant les projets d'accompagnement personnalisé (PAP) est en cours de révision (elle mentionnera le rôle des référents) et que le planning prévisionnel d'élaboration et de mise à jour des PAP sera formalisé. Idem pour les plans de soins. Au vu de ces éléments, **la prescription n°5 est maintenue dans sa globalité.** **Délai : 3 à 6 mois**

6	**Concernant les conduites à tenir afin de garantir la sécurité des résidents (art. L311-3 du CASF) :** -Mettre à jour le protocole de gestion des urgences médicales permettant de connaitre la conduite à tenir en cas d'urgence - Formaliser un document concernant le risque de fausse-route -Formaliser une organisation et des outils de recueil pour assurer et suivre la réévaluation régulière des résidents sous contention physique passive et la mise à jour des prescriptions des résidents	E8 E18 R23	3 mois	Concernant la prescription n°6 : L'établissement indique dans sa réponse que les protocoles concernant la conduite à tenir en cas d'urgence et le risque de fausse-route vont être formalisés ou mis à jour. Idem pour la formalisation d'une organisation et outils de recueil pour assurer et suivre la réévaluation régulière des résidents sous contention physique passive et la mise à jour des prescriptions des résidents. **La prescription n°6 est donc maintenue.** **Délai : 3 mois**
7	**Concernant la prise en charge des résidents (art. L311-3, L.119-1, L311-8, D311-38 du CASF) :** - préciser sur les plans de soins de nursing les besoins fondamentaux des résidents et spécificités individuelles - mettre en place une politique opérationnelle de la fin de vie - peser au moins 1 fois par mois l'ensemble des résidents - actualiser le plan de changes et le mettre en adéquation avec le plan de soins de nursing (modifiée pour la décision définitive)	~~E16~~ E22 R21 R16	~~2 mois~~ 4 mois ~~Immédiat~~ 3 mois 2 mois	S'agissant de la prescription n°7 : L'établissement précise dans sa réponse que les plans de soins sont en cours de mise à jour. Dans un 2ème temps, il a transmis 4 exemples de plans de soins actualisés avec des commentaires personnalisés. Il évoque qu'une procédure de gestion de la fin de vie sera formalisée. Concernant la recommandation n°21 relative à la pesée mensuelle de tous les résidents, l'établissement indique que des difficultés ont été rencontrées pour peser les personnes en perte d'autonomie complète. Un peson a été commandé pour s'adapter au lève-malade. Les résidents ne sont pas restés plus de 2 mois sans être pesés. Il sollicite un report de l'échéance (de 1 à 3 mois) pour que la pesée mensuelle obligatoire soit mentionnées dans la procédure de prévention et de prise en charge de la dénutrition prochainement mise à jour. Cette demande est acceptée. **La prescription n°7 est maintenue sauf pour la mesure en lien avec l'écart n° 16. L'établissement veillera à poursuivre la démarche de personnalisation des plans de soins de manière régulière.** **Délai : 2 à 4 mois**
8	**Concernant l'organisation des soins, conformément aux articles D.312-158- (-1-3) du CASF et L.1110-4 du CSP :** - Elaborer le projet général de soin - Réunir la commission de coordination gériatrique au moins 1 fois par an - Sécuriser le stockage des dossiers médicaux	E20 ~~E21~~ ~~E23~~ ~~R25~~	9 mois ~~1an et dans la continuité~~ ~~Immédiat~~ ~~Immédiat~~	S'agissant de la prescription n°8 : L'établissement indique que le projet général de soins est inclus dans la synthèse du projet d'établissement. Celui-ci présente les différents risques gériatriques en indiquant certaines actions à mettre en œuvre en regard. Il aborde de manière très laconique notamment la continuité des soins, la coordination et la collaboration entre professionnels, les coopérations / complémentarités et partenariats. De plus, l'organisation et le

	- Lister tous les médicaments de la dotation d'urgence dans le document ad hoc			fonctionnement des soins et les missions de chaque professionnel ne sont pas développés. Ce document reste insuffisant pour constituer un outil de pilotage des soins. Concernant la commission de coordination gériatrique, l'établissement transmet dans sa réponse le compte-rendu de la commission de coordination gériatrique qui s'est tenue le 19/12/2024. La direction de l'établissement et le médecin coordonnateur sont invités à poursuivre la tenue annuelle de ces réunions. Concernant le stockage des dossiers médicaux, il est pris acte qu'ils sont stockés dans le bureau de l'IDEC fermé à clef quand elle ne s'y trouve pas. S'agissant de la liste des médicaments présents dans la dotation d'urgence, l'établissement a transmis une liste mise à jour. Au vu de ces éléments, **la prescription est maintenue** sur le point relatif au projet général de soins en lien avec l'écart n°20. **Délai : 9 mois**

N°	RECOMMANDATIONS envisagées	Cf. remarque(s)	DELAI envisagé	REPONSE DE LA STRUCTURE
	Je vous recommande de :			
1	Admettre à l'UVP des résidents au profil adapté	R1	6 mois	Concernant la recommandation n°1 : L'établissement indique que les critères d'admission et de sortie de l'UVP ont été repris et qu'ils seront intégrés dans le projet de service de l'UVP formalisé prochainement en lien avec le médecin coordonnateur. Une explication a été insérée en ce sens dans le livret d'accueil du résident. **La recommandation n°1 est maintenue** dans l'attente de la transmission du projet de service de l'UVP élaboré. **Délai : 6 mois**
2	**Concernant la continuité du pilotage de la structure :** - Mettre en place une délégation de signature en cas d'absence du directeur au personnel administratif ou soignant - Formaliser une procédure d'astreinte permettant de garantir la continuité de la fonction de direction - Mutualiser les astreintes de direction des différents EHPAD de la région (travail de l'organisme gestionnaire) - Stabiliser et mettre à jour le plan de formation 2024 et celui pour 2025	R5 R8 ~~R9~~ R10	3 mois 3 mois ~~6 mois~~ 3 mois	Concernant la recommandation n°2 : Dans sa réponse, l'établissement indique qu'une délégation de signature en cas d'absence du directeur au personnel administratif ou soignant sera mise en place et que la procédure d'astreinte administrative permettant de garantir la continuité de la fonction de direction sera formalisée. Concernant la mutualisation des astreintes de direction entre les différents EHPAD IGH de la région, l'établissement indique que vu la structuration juridique indépendante de chaque établissement, cette mutualisation ne peut être mise en place. S'agissant d'une recommandation ne s'imposant pas à la structure, il est pris acte de ces éléments. Pour la stabilisation et la mise à jour des plans de formation 2024 et 2025, l'établissement mentionne qu'ils sont en cours de formalisation. Au vu de ces éléments, **la recommandation n°2 est maintenue**, sauf pour la mesure en lien avec la remarque n°9. **Délai : 3 mois**

3	**Concernant les protocoles de soin :** - Répertorier l'ensemble des protocoles - Développer une démarche de sensibilisation et d'appropriation des personnels de soin -Actualiser : - le protocole chutes - le protocole relatif à la dénutrition - le protocole relatif aux contentions physiques passives -Elaborer le protocole sur la prévention et le traitement des escarres	R18 R19 R20 R22 R24	~~1 mois~~ - 3 mois ~~Immédiat pour le plan de change~~ – 3 mois 4 mois	S'agissant de la recommandation n°3 : L'établissement indique que le sommaire des documents qualité est en cours de mise à jour et sollicite un report de l'échéance pour faire correspondre cette action avec la mise à jour des procédures institutionnelles. Ce report est accepté de même que le report demandé pour le développement d'une démarche de sensibilisation et d'appropriation des personnels de soin aux différents protocoles. **La recommandation n°3 est donc maintenue.** **Délai : 3 à 4 mois**
4	**Concernant les partenariats :** Participer activement à la filière gérontologique et développer davantage de liens partenariaux avec le territoire local	R12	6 mois et dans la continuité	S'agissant de la recommandation n°4 relative aux partenariats, l'établissement indique qu'un bilan des conventions existantes et des souhaits et besoins des résidents en termes d'accompagnements sera réalisé et qu'il permettra de relancer les partenariats. **La recommandation n°4 est donc maintenue.** **Délai : 6 mois et dans la continuité**