RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

GRANDLYON
la métropole

Délégation Solidarités, Habitat et Éducation
Pôle Personnes âgées – Personnes handicapées
Direction Vie en Établissement

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La direction générale

[redacted]

La Métropole de Lyon

ORPEA
Monsieur le Président directeur général
12 rue Jean Jaurès
CS 10032
92 813 PUTEAUX

Réf. : 2022-PHIEC-25

Lyon, le **21 AVR. 2022**

LRAR 1A 174 599 1795 7

Objet : **Notification de décision définitive suite à l'inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et de la Métropole de Lyon – EHPAD ORPEA Croix Rousse Lyon (69)**

Annexe : Tableau d'analyse des réponses à la procédure contradictoire et mesures correctives attendues

Monsieur le Président,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L313-13 du code de l'action sociale et des familles et L6116-1 du code de santé publique s'est déroulée à l'EHPAD Croix rousse le 22 février dernier.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier en date du 10 mars 2022 le rapport établi par la mission comprenant des écarts et des remarques. Nous vous demandions en retour de nous présenter les mesures correctives que vous envisagiez de mettre en œuvre afin de remédier aux manquements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courriel le 21 mars 2022.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission et notamment l'intégration de mesures correctives s'agissant en particulier de :

- La mise en place de fiches réflexe visant à favoriser la démarche de signalement des événements indésirables en interne
- La réduction du temps de jeûne nocturne
- La traçabilité de la vérification et du suivi du stock de première nécessité et de la trousse d'urgence
- Ainsi que la perspective de recrutement d'un deuxième psychologue permettant notamment la mise en place de groupes de parole pour les équipes.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier notre décision définitive.

Nous prenons acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

Vous veillerez donc à mettre en œuvre l'ensemble des actions attendues dont le détail figure dans le tableau joint en annexe, permettant de répondre aux écarts et remarques établis dans le rapport et vous attacherez en particulier à :

- Approfondir le travail de sensibilisation du personnel à l'ensemble du processus des évènements indésirables et mettre en place les outils adaptés ;
- Établir une cartographie des risques, développer la démarche d'analyse des causes des EI ;
- Procéder à la désignation de référents pour l'ensemble des résidents ;
- Établir des fiches de tâches par type de poste.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures 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'Agence Régionale de Santé et les services de la Métropole de Lyon.

Vous veillerez à leur transmettre d'ici six mois l'ensemble des éléments probants attestant de la mise en œuvre des actions correctives engagées.

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 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 Président Directeur général, l'expression de notre considération distinguée.

Par délégation,
La Directrice générale adjointe

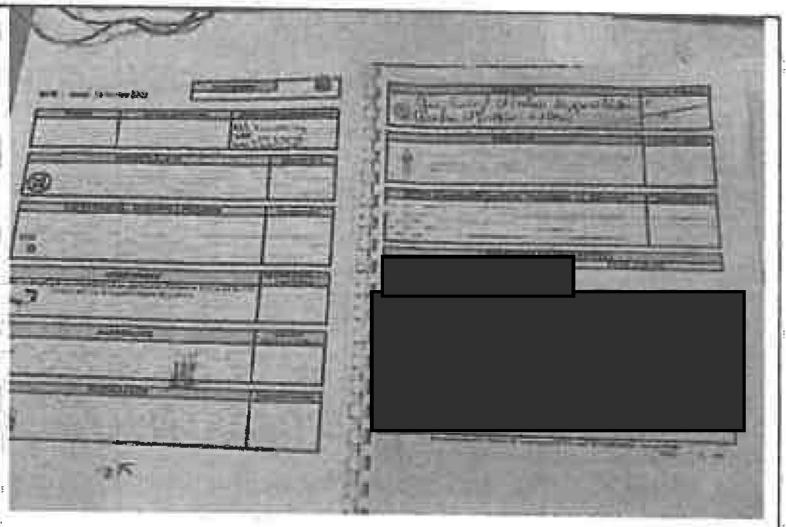
[redacted]

Pour le Président de la Métropole de Lyon
et par délégation,
La directrice générale adjointe

[redacted]

Copie :
Mme la directrice de l'EHPAD Louise Rouvre ORPEA - 1A 174599 17864
M. le directeur régional ORPEA - 1A 174 599 17871

CONSTATS D'ECARTS ET REMARQUES	REPONSE DE L'ETABLISSEMENT	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE, CONCLUSION ET MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
Remarque n° 1 : L'absence de formalisation du circuit interne de signalement et de traitement des EI/EIG ne permet pas de garantir le repérage des situations à risque et la mise en place d'actions correctives, y compris pour les EI paraissant mineurs.	Il est rappelé dans la charte de confiance (Cf. annexe 1), fondée sur la culture de l'erreur apprenante et que tout nouveau salarié reçoit avec le livret d'accueil, qu'il est de la responsabilité de chacun de communiquer spontanément et sans délai toute information sur des évènements indésirables. Nous avons formalisé une fiche réflexe "Évènements indésirables" à l'attention des équipes, affichée en salle de personnel et qui sera annexée au livret d'accueil du salarié. Cette fiche permet de rappeler au salarié ce qu'est un EI, afin qu'il d'adopte la bonne attitude face à un évènement et qu'il participe à la réflexion sur l'analyse des causes. Une formation est programmée le 24/03/22 auprès de l'équipe de staff qui formera ensuite l'ensemble du personnel. Une fiche réflexe "Évènements indésirables – EI EIGS" est également en place pour la Direction (cf. annexe 2). A la prise de poste, le cahier de transmission globale rappelle distinctement la conduite à tenir en cas d'EIG. (Cf. annexe 3).	Les entretiens réalisés par la mission n'ont pas mentionné la charte de confiance présentée en annexe 1. Il est pris acte du nouveau document « fiche réflexe » présentés en annexe 2. Son appropriation par les équipes est essentielle. Celui-ci n'encourage cependant pas la formalisation et la traçabilité écrite des signalements. Par ailleurs, ce document mentionne la réunion pluridisciplinaire qui lors des entretiens a été mentionnée comme un lieu permettant d'analyser les évènements indésirables liés au soin, mais non pas l'ensemble des EI. L'espace mentionné dans le cahier de transmission ne saurait constituer un espace satisfaisant de déclaration ne garantissant par ailleurs pas l'anonymat du déclarant par rapport à ses collègues et ne permettant aucun feedback sur les actions correctives prises. Par ailleurs la mention d'incitation à la déclaration figurant en annexe 3 ne figurait pas dans le cahier de transmission au jour de l'inspection.

		 [redacted] Retour attendu : - Le support de la formation de l'équipe à la fiche réflexe - La liste d'émargement des participants. Mesure correctrice attendue : - Poursuivre le travail de formalisation du circuit interne de signalement et de traitement des EI/EIG
Remarque n° 2 : L'absence de réflexion interne sur la notion d'évènement indésirable est un obstacle à leur identification et à une bonne gestion des actions correctives, en associant l'ensemble des professionnels concernés (y compris avec une réponse au déclarant) n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM *(Mission du responsable d'établissement* et	Concernant la réflexion interne sur la notion d'évènement indésirable, nous vous informons qu'une organisation existe déjà : chaque semaine, lors de la réunion de staff, l'analyse et le traitement des plaintes ainsi que des fiches d'amélioration figurent à l'ordre du jour (cf. annexe 4.) Pour étendre ces temps de réflexion à l'ensemble des professionnels, notamment les soignants, nous avons ajouté à l'ordre du jour de la réunion pluridisciplinaire un point sur les évènements indésirables éventuels et les plans d'action mis en place. (Cf. annexe 5).	- Les supports présentés à la mission et les fiches d'analyses d'évènements indésirables présentées laissaient apparaître une sous-déclaration des événements et un suivi non exhaustif des déclarations et signalements. Les fiches d'amélioration notamment apparaissent n'être ni un support effectivement opérationnel ni approprié par les professionnels (pour rappel : existence seulement de 2 fiches complétées par l'adjointe de direction en 2021 sur des sujets techniques). - Il est pris acte de l'inclusion expresse de l'analyse des EIG dans le cadre des réunions pluridisciplinaires permettant d'associer plus largement les personnels soignants.

rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance& - Décembre 2008).		
Remarque n° 3 : L'absence d'analyse globale, rétrospective, thématique et conduite en pluridisciplinarité de ces événements n'est pas réalisée, ce qui ne permet pas d'éviter leur réitération.	Pour permettre l'analyse globale rétrospective des évènements indésirables, une réunion mensuelle opérationnelle (cf. annexe 6) va être déployée à partir d'avril 2022, après présentation de la démarche aux équipes. Ce temps formalisé entre la directrice et les équipes permettra d'aborder les évènements indésirables du mois précédent et les mesures prises. Les sujets des réclamations et des fiches d'amélioration seront également abordés.	Il est pris acte de la constitution d'une réunion mensuelle relative à l'analyse globale rétrospective des évènements indésirables. <u>Retour attendu</u> : Compte-rendu des 1ères réunions <u>Mesures correctrices attendues</u> : Inscrire dans la durée une démarche de suivi et analyse croisée des EI et réclamations qui passe notamment par un travail préalable de cartographie des risques
Remarque n° 4 : En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « *de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et évènements indésirables* »	Une procédure de gestion des réclamations écrites et une procédure de gestion des réclamations orales existent et décrivent tout le processus à suivre pour le bon traitement d'une réclamation. (Cf. annexes 7 et 8). Une fiche d'amélioration, qui vous a été remise lors de l'inspection, est mise à disposition des résidents, familles et salariés à l'accueil (Cf. annexe 9). Cette fiche permet de déclarer des dysfonctionnements, d'émettre des suggestions. De plus, un cahier de suggestions destiné aux résidents/familles est également disponible à l'accueil. Il est régulièrement consulté par la direction qui prend acte des remarques et formalise des réponses. Nous allons prévoir en complément un recueil de l'ensemble des EIG formalisé sous forme d'un tableau de suivi. Une analyse des causes en équipe pluridisciplinaire via le diagramme d[redacted] fera l'objet d'un compte rendu et conduira à la mise en place d'un plan d'action.	Il est pris acte de l'existence de procédures de gestion des réclamations écrites et orales. Néanmoins elles n'ont pas été spontanément évoquées lors des entretiens. La fiche d'amélioration est connue mais un échange direct par mail ou déclaration orale ont été présentés comme utilisés de manière préférentielle et le caractère non opérationnel de ces fiches a été constaté le jour de la mission (cf. supra) <u>Retour attendu</u> : Tableau de suivi des EI Exemple d'analyse des causes Compte-rendu du CVS Un suivi global sera opéré à 6 mois afin d'analyser le suivi réalisé au travers des différentes instances et des mesures prises mentionnées au titre des remarques 1 à 4

	Les différents évènements feront l'objet d'une présentation auprès des membres du CVS.	
Remarque n°5 : La réalisation d'actes relevant des AS par des personnels non formés ne permet pas de garantir leur qualité et la sécurité nécessaires des prises en charge (risques de chutes, fausses routes...)	Des mini formations relatives aux tâches de chacun vont être dispensées aux équipes au cours de la semaine 13. De plus, une réflexion sur les plannings va être initiée à compter de la semaine 14, afin de limiter les glissements de tâches des AS vers les AV le matin, au moment de la distribution des petits déjeuners notamment.	Il est pris acte des mini-formations et de la réflexion sur les plannings. Au-delà, il est nécessaire de définir clairement les rôles et responsabilités de chacun notamment au travers de fiches de tâches adaptées. Retour attendu : Liste d'émargement de la mini formation. Fiches de tâches par poste Mesures attendues : Etablir des fiches de tâches par type de poste
Remarque n°6 : l'absence de dispositif d'APP n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « *qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes* »	L'analyse des pratiques professionnelles se fait en réunion pluridisciplinaire hebdomadaire. C'est un moment d'échanges avec le médecin coordonnateur permettant de marquer certains points de vigilance, et de prendre des décisions appropriées en vue d'améliorer les prises en charge des résidents que nous accueillons, dans le respect des recommandations des bonnes pratiques professionnelles gériatriques. Les entretiens annuels d'évaluation permettent aussi de revenir sur certaines pratiques afin de définir des objectifs d'amélioration et d'envisager des formations complémentaires. A ce titre, des grilles d'évaluation des compétences métier sont renseignées par le salarié et par son responsable (annexe n° 10). Le recrutement envisagé d'un psychologue à 0.30 ETP, pour compléter le temps de la psychologue présente à 0.50 ETP et atteindre notre budget de 0.80 ETP, nous permettra de consacrer plus de temps aux équipes afin d'organiser des groupes de paroles hebdomadaires ou bimensuels, lieux d'analyse des pratiques professionnelles.	Malgré tout son intérêt, la réunion pluridisciplinaire ne constitue pas un dispositif d'APP conforme aux attendus en la matière selon les RBPP de l'ANESM/ HAS. Il convient également de ne pas confondre les temps d'évaluation professionnelle et analyse des pratiques professionnelles, celle-ci se faisant précisément de manière distanciée par rapport au responsable hiérarchique de l'agent. En ce qui concerne l'extension du temps de psychologue par le biais d'un nouveau recrutement, il est pris acte de la volonté de consacrer du temps à l'échange avec les équipes, qui permettrait de développer un travail de mise à distance et de réflexion critique sur les pratiques quotidiennes. Il demeure néanmoins recommandé d'envisager à plus long terme une organisation permettant l'intervention d'un professionnel extérieur à l'établissement Retour attendu : - Information relative au recrutement d'un 2nd psychologue - Information relative à la mise en place de groupes de parole (invitation, liste présents...)

Remarque majeure n° 1 : L'absence de réponse à l'appel malade dans un délai satisfaisant constitue un dysfonctionnement important affectant la sécurité de la prise en charge des résidents	Lors de l'inspection, vous avez testé le délai de réponse à un appel malade, et aucun professionnel ne s'est manifesté au cours des 5 minutes suivantes. Les équipes sont régulièrement sensibilisées à cette notion de réactivité lors d'un appel et pour le vérifier, nous procédons à des tests au moins une fois par mois (cf. annexe 11) afin de mettre en place des actions si les délais de réponse constatés ne sont pas satisfaisants. A cet effet, notre nouvelle IDEC, arrivée le 07/03/2022, a été formée à ces tests le 11 mars 2022 par l'IDEC régionale (cf. annexe 12). De plus, lors des visites inopinées de nuit pour le suivi et l'accompagnement des personnels de nuit, nous effectuons systématiquement un test appel malade (cf. annexe 13) Nous avons également réalisé un rappel auprès des équipes, les 23 et 24 février 2022.	Il est pris note des rappels réalisés et des modalités de contrôle régulier mises en place. Cette pratique est à poursuivre dans la durée. <u>Retour attendu</u> : Résultat des tests mensuels réalisés <u>Mesure correctrice attendue</u> : Garantir dans la durée un délai de réponse adaptée aux appels malades
Remarque n°7 : La désignation d'un professionnel référent pour chaque résident est prévue par les recommandations de bonnes pratiques l'Anesm « Qualité de vie en ehpad » (Déc. 2010)	Nous vous précisons qu'actuellement, même si des référents ne sont pas formellement désignés, les aides-soignantes sont affiliées à un secteur défini, ce qui leur permet d'accompagner les mêmes résidents au quotidien, et d'assurer une continuité dans leurs prises en charge. Toutefois, une démarche va être initiée semaine 14 afin de formaliser le rôle de référent, conformément à la procédure ci-jointe (cf. annexe 14). Un référent sera désigné pour chaque résident accueilli.	Il est pris acte des précisions apportées et de la prochaine mise en œuvre de la désignation d'un professionnel référent pour chaque résident, conformément aux RBPP. <u>Retour attendu</u> : Liste de désignation des référents pour l'ensemble des résidents
Remarque n° 8 : L'amplitude horaire maximale du jeûne nocturne est supérieure aux 12h recommandées.	Le dîner se terminant à 19h00 et le petit-déjeuner commençant à 7h30, nous sommes conscients de dépasser l'amplitude horaire maximale du jeûne nocturne. Cependant, une collation est prévue entre 21h00 et 23h00, et est possible tout au long de la nuit, à la demande du résident, ou selon ses besoins. Pour respecter une amplitude maximale de 12h, nous allons décaler l'heure du dîner à 18h30,	Il est pris acte de l'évolution de l'organisation visant à réduire la durée du jeûne nocturne. La remarque 8 est levée.

	courant avril, pour qu'il se termine ainsi aux environs de 19h30. En maintenant l'heure du petit déjeuner à 7h30, l'amplitude sera de 12h.	
Remarque n° 9 : Le GMP n'est pas réalisé en pluridisciplinarité ce qui prive l'évaluation de la dépendance de la contribution des professionnels accompagnant les résidents au quotidien.	Il s'agit là d'une confusion, nous vous confirmons que l'évaluation / réalisation des GIR est supervisée par le médecin coordonnateur, en concertation avec les professionnels qui accompagnent les résidents au quotidien, à savoir, AS, IDE, IDEC, Psychologue, Psychomotricienne.	Il est pris note des précisions opérées. La remarque 9 est levée.
Remarque n°10 : Il existe un risque d'échappement dans la maîtrise de la composition de la dotation de service (si celle-ci est amenée à évoluer, elle doit faire l'objet d'une décision médicale, écrite et approuvée.), ainsi que dans le suivi des dates de péremption (ce qui exige soit un réajustement préventif pour des péremptions au moins supérieures à 3 mois -par exemple- soit une vigilance particulière dans la rigueur de la vérification de la trousse d'urgence avec une fréquence adaptée).	La trousse d'urgence est vérifiée tous les trimestres et par conséquent, toutes les dates de péremption sont supérieures à 3 mois. Cette vérification, réalisée par l'IDEC est tracée sur une feuille de suivi. Le stock de 1ère nécessité, détenu à part, est vérifié tous les mois et peut parfois contenir des produits dont les délais de péremption sont inférieurs à 3 mois. C'est le cas de plusieurs produits contrôlés en décembre 2021 avec des dates de péremption en mars 2022. (cf. annexe 15). La nouvelle infirmière coordinatrice a été formée le 18/03/2022 par l'infirmière coordinatrice régionale à la gestion et au contrôle de la trousse d'urgence et du stock de 1ère nécessité (Cf. annexe 16). Les fiches du contenu du stock de 1ère nécessité et de la trousse d'urgence, ainsi que les fiches d'enregistrement des contrôles, sont disponibles en version informatique. Elles seront désormais renseignées ou modifiées directement à partir de l'outil informatique pour éviter tout échappement dans la maîtrise de leur composition et de leur contrôle, avec l'aval du médecin coordonnateur pour les modifications et visa sur les exemplaires imprimés.	Il est pris acte : - de la formation de la nouvelle IDEC à l'importance du suivi et du contrôle de la trousse d'urgence du stock de 1ère nécessité. - de la mise en place d'un suivi informatique permettant d'éviter les risques d'échappement dans la maîtrise de leur composition - de la formalisation de l'aval du médecin coordonnateur La remarque 10 est levée.