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]

Réf. : 2022-PMEC-27

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

Lyon, le 21 AVR. 2022

LRAR 1A 181 638 3704 2

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

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 Gambetta le 3 mars dernier.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier en date du 18 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 30 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 présentation aux personnels du projet d'établissement et de la synthèse du programme d'action
- L'augmentation du temps de travail du médecin coordonnateur à partir de juin 2022.

Toutefois, nous remarquons que le document adressé à la fois par courriel et courrier ne reprend pas tous les écarts et remarques prononcés suite à l'inspection. Des éléments sont manquants dans votre réponse ce qui ne rend pas lisible le document.

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 :

- Améliorer la qualification du personnel qui accompagne les résidents : recruter les 29 ETP d'AS dont un pool de remplacement, limiter le nombre de faisant fonction et relancer le processus de VAE afin de cibler plus qu'un agent ;
- Sensibiliser davantage le personnel à l'ensemble du processus des évènements indésirables afin de mettre en place une politique d'amélioration de la qualité ;
- Procéder à une cartographie des risques en intégrant les réclamations des usagers ;
- Mobiliser l'ensemble des équipes autour d'un plan d'action de lutte contre la dénutrition des résidents afin d'éviter à nouveau d'avoir la moitié des résidents dénutris comme en 2020.

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 du Département de la métropole de Lyon.

Vous veillerez à leur transmettre d'ici trois 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.

[redacted]

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

[redacted]

Copie :
Mme la directrice de l'EHPAD Gambetta ORPEA – AR 1A 181 638 37036
M. le directeur régional ORPEA – AR 1A 181 638 37050

ECARTS ET REMARQUES	REPONSE DE L'EHPAD	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE, CONCLUSION ET MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
Ecart n° 1 : **Le nombre d'agents diplômés et qualifiés affectés au soins s'est dégradé en comparaison avec ce qui avait été acté par les autorités de tarification en fin de convention tripartie et ce qui ne permet pas de prendre en compte une charge en soins et un niveau de dépendance élevés tels que valorisés lors des différentes décisions tarifaires des pouvoirs publics et conformément aux rapports budgétaires d'ORPEA.**	Aucune réponse de l'établissement	**Ecart n°1 maintenu** Les mesures attendues : - Procéder aux recrutements des AS, - Limiter les faisants fonctions AS - Intégrer les faisants fonctions AS dans un programme de VAE - Doter les deux unités d'Alzheimer d'au moins une ASG
Ecart n° 2 : **Le temps de médecin coordonnateur inscrit au tableau des effectifs n'est pas conforme avec le nombre de lits autorisés tel que prévu par l'article D312-156 CASF**	Notre médecin coordinateur est actuellement à 0.5 ETP et dispose d'un temps partiel dans autre établissement sanitaire à 0.5 ETP. Nous avons proposé à notre médecin coordinateur de passer à 0.6 ETP. Il pourra prendre ce temps supplémentaire à compter du mois juin. L'augmentation du temps d'intervention du médecin coordonnateur sera prise en compte à l'EPRD 2022.	En attendant les éléments de preuve, **l'écart n°2 est maintenu.** Les mesures attendues : - La rédaction de l'avenant au contrat de travail du médecin coordonnateur actant l'évolution de son temps de travail : passage de 0,5 ETP à 0,6 ETP : juin 2022 ; - Note aux personnels actant de l'évolution du temps de travail du médecin et la définition de ses temps de présence à l'EHPAD : juin 2022 ; Ces documents devront être transmis début juillet 2022

<u>Rappel de l'Ecart n° 3</u> : **Le temps de médecin coordonnateur inscrit au tableau des effectifs n'est pas conforme avec le nombre de lits autorisés tel que prévu par l'article D312-156 CASF**	En effet, sur le planning, la présence du temps de médecin coordonnateur n'était pas indiquée inscrit les mercredis. Une modification a été faite conforme avec le nombre de lits autorisés sur [redacted] (annexe 3-1 : planning annuel du médecin coordonnateur). Il s'agissait d'une erreur, notre médecin coordinateur est bien présent tous les lundis et jeudis ainsi que les mercredis en semaine paire soit un temps de présence mensuel de 75.83 heures.	Il est pris acte de l'erreur de remplissage du planning concernant le médecin coordonnateur. Par ailleurs, vous annoncez une évolution de son temps de travail à compter de juin 2022, vous modifierez en conséquence les plannings. <u>Les mesures attendues</u> : - Le planning du pôle soins des mois de juin et juillet 2022 (faire figurer le planning du médecin coordonnateur) : juillet 2022 ; - Assurer par la directrice une supervision des plannings afin d'éviter les erreurs.
Remarque majeure n° 1 : **Le taux de résident en état de dénutrition sévère (47%), tel qu'il apparait dans le rapport d'activité médicale 2021, présente un risque majeur pour la santé des résidents et nécessite une forte vigilance de l'équipe pluridisciplinaire.**	Le RAAM transmis correspondait à l'année 2020 et non 2021 qui sera transmis ultérieurement dès sa finalisation. Nous venons de nous rendre compte que les chiffres communiqués via le RAAM 2020 ne correspondent pas à la réalité. Une coquille s'est glissée dans le RAAM 2020. A cette période, nous avions 47 % de résidents dénutris (modéré et sévère). A ce jour, et comme indiqué dans le RAAM 2021 nous avons 37.29% de résidents dénutris modérés et 7.41% de résidents	La mission rappelle que le RAAM 2020 indique que 47% des résidents sont dénutris. Vous précisez dans votre réponse qu'il ne s'agit pas uniquement de dénutrition sévère mais du total des résidents dénutris sévères et modérés. Cette erreur au sein du RAAM 2020 est prise en compte. Toutefois, la mission s'interroge sur la fiabilité des données car vous indiquiez un taux de résidents non dénutris de 20%. La réponse apportée est peu satisfaisante concernant les données statistiques du RAAM 2020. Le taux de résidents dénutris reste élevé et nécessite une mobilisation des équipes autour de la mise en œuvre d'un plan d'actions pour lutter contre la dénutrition. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la **remarque majeure n°1 est maintenue.** <u>Les mesures attendues sont :</u>

		- La rédaction d'un plan d'action en équipe pluridisciplinaire associant tous les acteurs qui identifiera les mesures à mettre en place, le calendrier et le responsable du suivi. Cet élément de preuve sera à transmettre le 1er septembre 2022.
Remarque n° 1 : **Le projet d'établissement n'a pas encore fait l'objet de présentation aux personnels de l'EHPAD et aux instances.**	Tout au long de l'avancement du projet d'établissement le CVS a été informé sur l'avancée du projet (annexes 1.1, 1.2 et 1.3: FVCVS) Le 31 mars 2022, une réunion d'équipe est prévue afin de présenter le projet d'établissement, le bilan des TMS et les actions de QVT. (annexe 1.4: invitation salariés). Un compte rendu sera diffusé à l'ensemble du personnel de l'établissement. Par ailleurs, une synthèse des plans d'actions du projet d'établissement a été formalisée, affichée en salle de pause et sera distribuée avec les bulletins de salaire du mois de mars. (annexe 1.5). Concernant la présentation au CVS, celle-ci est prévue le 16 mai. Une information aux familles et aux résidents sera faite régulièrement dans le cadre de notre lettre mensuelle.	Dont acte **La remarque n°1 est levée**
Remarque n°2 **En ne sensibilisant pas le personnel à la gestion des évènements indésirables et en ne promouvant pas auprès du personnel de document unique pour déclarer tout évènement indésirable, grave ou non, l'établissement ne garantit pas une exhaustivité de leur traitement, et une analyse globale**	Nous allons à nouveau sensibiliser les équipes à la remontée des informations. Pour se faire, une charte de confiance est remise à chaque salarié et annexée au livret d'accueil du salarié afin de promouvoir la culture de l'erreur apprenante. Nous avons également élaboré une fiche reflexe que nous avons affiché en salle de pause, celle-ci est annexée au livret d'accueil du salarié. Cette fiche permet d'insuffler cette démarche de remontée d'évènement et de rappeler au salarié ce qu'est un évènement indésirable, afin qu'il adopte la bonne attitude face à un évènement et qu'il participe à la réflexion sur l'analyse des causes.	Il est noté qu'un travail de sensibilisation du personnel sur la déclaration, le traitement et le suivi des EIG a été lancée notamment avec la rédaction des fiches réflexes. Leur appropriation est essentielle. Dans l'attente de la transmission des éléments de preuve, **la remarque n°2 est maintenue**. La mesure attendue pour fin juillet : - Le support de la formation, - La liste d'émargement des participants à ces formation.

des différentes problématiques rencontrées.	Des mini-formations seront réalisées entre avril et juillet 2022. «Fiche réflexe Evènements Indésirable» (annexes 2.1 et 22). La trame du cahier de transmission globale a évolué et va permettre de rappeler au salarié déposé leur livret de recevabilité à la VAE en février 2022 et qui débuteront le processus en avril 2022 afin d'obtenir le diplôme d'aide-soignante. Nous salarions également 22 AS/AMP diplômées. Les 4 Auxiliaires de vie non diplômées sont régulièrement incitées par la Direction à déposer une demande de VAE. Ces agents en poste depuis de nombreuses années n'ont pas à ce jour accepté d'entrée en formation diplômante. Par ailleurs, nous salarions actuellement 6 ETP DE en CDI ainsi qu'une DEC	
Remarque n° 3 : **Il n'existe pas d'approche globale et croisée avec les évènements indésirables permettant de conduire une politique dynamique de la qualité en mettant en place notamment une cartographie des risques.**	Pas d'élément de réponse transmis par l'établissement	**La remarque n° 3 est maintenue.** Les mesures attendues en septembre 2022 : - Mettre en place une analyse croisée entre les EI, EIG et les réclamations, - Etablir une cartographie des risques
Remarque n° 4 : **Le tableau des effectifs indique un mi-temps de médecin coordonnateur. Or l'emploi du temps de mars 2022 indique une quotité de travail de 0,4 ETP**	En effet, sur le planning, la présence du médecin coordonnateur n'était pas indiquée les mercredis. Une modification a été faite temps de médecin coordonnateur. Or sur [redacted] annexe 3.1 planning annuel du médecin coordonnateur). Il s'agissait d'une erreur, notre médecin coordinateur est bien présent tous les lundis et jeudis ainsi que les mercredis en semaine paire soit un temps de présence mensuel de 75.83 heures.	Dont acte Les mesures attendues : - Le planning du pôle soins des mois de juin et juillet 2022 (faire figurer le planning du médecin coordonnateur) : juillet 2022 ; - Assurer par la directrice une supervision des plannings afin d'éviter les erreurs.

Remarque n° 5 : **Le temps travaillé de l'infirmière coordinatrice tel que prévu dans le planning de mars 2022 n'est pas conforme à ce qui est indiqué au tableau des effectifs et budgété à l'EPRD 2021.**	L'infirmière coordinatrice est à temps plein depuis sa prise de fonction au 1er janvier 2019. Le temps travaillé de l'infirmière A 1'EPRD 2021, l'IDEC a été globalisée avec les infirmières pour 7.56 ETP planning en mars 2022 n'est pas conforme dont 1 ETP DEC et 6.56 DE. (annexe 4.1 planning du mois de mars 2022 de et budgété à l'EPRD 2021. l'infirmière coordinatrice).	La réponse apportée est insuffisante car aucune explication n'est apportée concernant la présence de l'IDEC seulement 4 jours sur 5. Par conséquent, **la remarque n°5 est maintenue.** <u>Les mesures attendues</u> : immédiat - Mise en œuvre d'1 ETP d'IDEC, - Assurer une présence sur le site de Gambetta 5 jours par semaine de l'IDEC, en dehors des semaines où elle peut être présente les WE ;
Remarque n° 6 : **Il n'existe pas de temps institutionnalisé concernant l'analyse de la pratique contrairement aux recommandation de la HAS.**	Actuellement, des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires sont Il n'existe pas de temps institutionnalisé réalisées avec le personnel soignant. Ce sont des moments d'échange pluridisciplinaire pendant lesquels certains thèmes sont abordés tels que l'accompagnement fin de vie, l'accompagnement des troubles du comportement, les thérapies non médicamenteuses, les chutes, la prise en	Il a bien été noté que des réunions pluridisciplinaires ont lieux et sont l'occasion de faire des temps de sensibilisation. La notion de réunion pluridisciplinaire et celle d'analyse de la pratique sont distinctes et poursuivent des finalités différentes. L'analyse de la pratique conduit à une « pratique réflexive » qui amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive tout en créant des liens avec les connaissances (scientifiques ou autres) pour analyser l'action pendant qu'elle se déroule ou après qu'elle s'est déroulée. L'analyse de la pratique est conduite pas un personnel externe à la structure. **<u>La remarque n°6 est maintenue.</u>** <u>Les mesures attendues</u> :

		- Mettre en place une analyse de la pratique
Remarque n°7 : **Il est constaté des erreurs dans la signalétique au 6ème étage bien que les travaux soient finis.**	Pas de réponse mais une annexe faisant état d'une intervention d'un technicien pour modifier la signalétique.	**La remarque n°7 est levée**
Remarque n° 8 : **Cette configuration reste encore présente sur une des deux unités Alzheimer qui n'a pas été priorisée dans les travaux ce qui n'est pas appropriée pour des résidents qui ont ce type de pathologie au regard des recommandations de l'HAS**	Ils bénéficieront d'une chambre individuelle. Les contraintes techniques du chantier de réhabilitation, ne permettent pas de prioriser les travaux sur le 3ème étage. Les travaux auront lieu au 5ème étage, puis au 3~"~ étage et enfin au 1~ étage.	Il est bien noté la contrainte liée aux travaux. Cependant l'échéancier des travaux n'a pas pris en compte les besoins spécifiques des résidents Alzheimer. Il aurait fallu prioriser les étages avec des prises en charge spécifiques. **La remarque n°8 est maintenue.**
Remarque n° 9 : **Le nombre des personnes âgées qui seront accueillies au terme des travaux dans les deux unités ne respectent pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS.**	Dans le cadre des travaux de réhabilitation et d'augmentation de la capacité de l'EHPAD Résidence Gambetta, une note et des plans ont été présentés le 26/11/20, et transmis les deux unités ne respectent pas les 8/12/20 et le 31/05/21, indique le programme prévu à terme. La note mise à jour a été transmise le 13.12.2021. Les ATC ont répondu favorablement à notre projet par courrier du 7.04.2021. Toutefois, une étude est en cours afin de diminuer la capacité installée à terme en USA par transferts de lits sur les autres unités.	Il est rappelé que l'HAS recommande des unités de 14 lits Alzheimer. D'ailleurs, le projet d'établissement de mentionne pas la poursuite de deux unités de 17 lits. **La remarque n°9 est maintenue.** Les mesures attendues sont : 3 mois - Réalisation de l'étude pour diminuer la capacité installée en USA ; - Décision d'ORPEA afin d'aligner le projet d'établissement et le projet architectural
Remarque n° 10 : **Il est attendu au terme des travaux réalisés au 3ème et 5ème étage de**	Conformément au courrier des ATC du 07.04.2021 des arrêtés portant modification de l'autorisation seront	Dont acte Par conséquent, **la remarque n°5 est maintenue**

l'EHPAD, une mise à jour de l'autorisation portant sur le nombre de lits dans les unités Alzheimer.	pris à l'issue des travaux, dont la date prévisionnelle est en septembre 2024	
Remarque n° 11 : **En l'absence de convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs, le personnel reste isolé et ne bénéficie pas d'information et d'échange pluridisciplinaire contribuant à une culture palliative au sein de l'EHPAD.**	Pas de réponse mais des annexes jointes	Il est pris en compte la transmission du protocole d'ORPEA concernant l'accompagnement de la fin de vie mis à jour en mai 2021 et les feuilles d'émargement des trois mini-formations de 30 minutes le 24 janvier, le 24 février et 8 mars 2022. Toutefois, vous ne disposez pas de convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs. **La remarque n°11 est maintenue.** La mesure attendue : 3 mois - Organisation d'une réunion entre l'EHPAD et les massues afin de discuter de la mise en œuvre d'un partenariat, - Signature de la convention avec l'EMSP et mise en œuvre de cette convention
Remarque n° 12 : **Le manque de lisibilité de la liste du matériel peut conduire à un risque de mauvaise appréciation.**	La trousse d'urgence est vérifiée tous les trimestres par l'IDEC. Cette vérification est tracée sur une feuille de suivi. Les fiches du contenu de la trousse d'urgence, ainsi que la fiche 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 bonne note des modifications apportées et suivi désormais informatique. **La remarque n°12 est levée.**