

La délégation départementale du Rhône
Et de la Métropole de Lyon

AGEPA LES EMERAUDES
Monsieur le Président
20 avenue Docteur Serrulaz
69670 Vaugneray

Lyon, le 25 OCT. 2024

Objet : Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Département du Rhône

LRAR . 2c 166 947 08047

PJ : 1 Mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

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 Emeraudes le 30 Novembre 2023, 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 21 Mai 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 8 Août 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 21 mai 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 dans un délai de 6 mois :

- Le projet de soins réactualisé ;
- Le compte-rendu de la prochaine commission de coordination gériatrique intégrant les différents éléments d'échanges réalisés, signés du médecin coordonnateur et de la directrice.

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

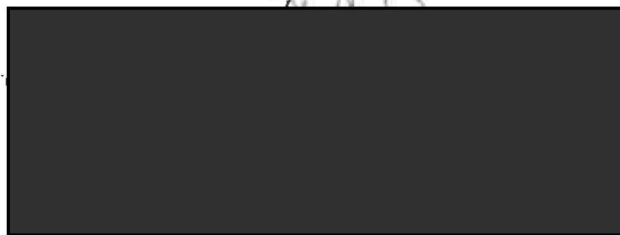
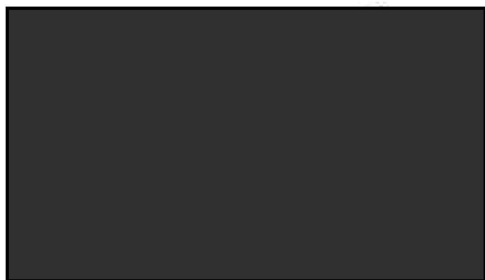
La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application «Télerecours citoyen» sur le site www.telerecours.fr

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 Président, l'expression de notre considération distinguée.

La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes

Pour le Président
du Département du Rhône



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. Ecart(s) / Remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Développer une véritable politique de gestion du risque en : - Procédant à la déclaration de tous les EIG/EIGS à déclaration obligatoire aux autorités administratives compétentes, - S'assurant de son appropriation et de sa mise en œuvre par l'ensemble du personnel, conformément à l'article L.331-8-1 du CASF	EM1	Levée	L'établissement a acquis le logiciel de suivi des EIG/EIGS en 2018. Il est pris acte de l'actualisation de la fiche de procédure de déclaration des EIG/EIGS, rédigée en décembre 2020, en y intégrant la notion de déclaration obligatoire aux tutelles. Pour recenser les réclamations des résidents et de leurs familles, l'établissement a procédé à une extension du logiciel [REDACTED] assortie de la création d'une fiche de procédure de déclaration des plaintes et des réclamations, en vue de faciliter la formalisation du recueil par les salariés. La prescription N°1 est donc levée.
2	Garantir la sécurité des résidents (L311-3 du CASF) la surveillance des entrées et des sorties, en sécurisant les accès à l'établissement et l'accès aux locaux de stockage.	E1 ; E2	Levée	La sécurité des résidents étant sa priorité, l'établissement indique que le bâtiment est fermé par deux portes automatiques programmées - code de jour de 6h30 à 21h15 et code de nuit de 21h15 à 6h30 : - Au niveau 0 (niveau de l'Avenue de Serullaz, très passante à double sens), la porte reste fermée 24h/24 et le code est obligatoire - Au niveau 3 (niveau de l'accueil principal de l'établissement), la porte s'ouvre automatiquement de 8h30 à 17h30 : heures de présence de l'agent d'accueil. Le code est obligatoire à partir de 17h30 et jusqu'à 8h30 le lendemain. Durant les travaux en cours à l'accueil, la surveillance physique n'étant plus possible, la porte du niveau 3 a été fermée et le code doit être composé 24h/24.

			La surveillance des entrées et sorties est faite avec l'aide des familles qui doivent signaler tout projet de sortie, en inscrivant sur un classeur à l'accueil l'heure de sortie, le motif et l'heure prévisionnelle de retour. Les soignants accompagnent les sorties des résidents qui le demandent au niveau 3 afin de sécuriser la traversée du parking. Les résidents ont la possibilité de sortir au niveau 2 et au niveau 5 spontanément sur les terrasses sécurisées. Les résidents de l'UVP ont accès à un jardin clôturé et sécurisé au niveau 4. Il est précisé que l'établissement étant au cœur du village de Vaugneray, le parking n'est pas clôturé. Les barrières situées Avenue du Dr Serullaz et Rue de la Déserte, même fermées, n'empêchent en rien le passage d'un piéton. Le choix a donc été de les laisser ouvertes. Le portail en bout de parking, est le portail historique de la propriété avant que l'EHPAD ne soit construit. Il a été gardé en tant que vestige. Les EMERAUDES ont investi dans un système de serrures autonomes afin de sécuriser l'ensemble des locaux de stockage, les locaux déchets, les salles de soins, la pharmacie et l'ensemble des bureaux. Les serrures constatées ouvertes le jour de l'inspection ont été reprogrammées. La prescription N°2 est donc levée.
3	Veiller à ce que le projet général de soins élaboré par le médecin coordonnateur soit régulièrement mis à jour (articles R 4311-4, D 312-158-1er, D312-158 du CASF)	E3	6 mois

	Rédiger un compte-rendu à l'issue de la commission gériatrique, visé par le médecin coordonnateur et la directrice et indiquant les orientations de la prise en charge en soins des résidents et les projets santé envisagés en lien avec le RAMA	R15	6 mois	fonction de cadre). Il sera transmis dans les délais demandés. On note que ce travail faisait partie intégrante de la démarche de renouvellement du PE organisée par la direction. De plus, il est pris acte que l'organisation des réunions de la CCG suit un process (lettre d'invitation, ordre du jour et CR adressé aux participants). Mais, il n'est pas répondu sur l'exigence d'un CR élaboré, contenant les différents éléments d'échanges réalisés, avec une signature du MEDCO et de la directrice. La prescription N° 3 est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre et de la transmission d'éléments probants (projet général de soins actualisé et comptes-rendus formalisés de la Commission).
--	---	-----	--------	---

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. Remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Je vous recommande de :			
1	Mettre en place un dispositif de recueil des réclamations et des doléances des usagers afin d'améliorer la prise en charge des résidents, la faire connaître aux familles et les évoquer durent les réunions des CVS.	R1 ; R2	Levée	Il est pris acte qu'une extension de licence du logiciel [REDACTED] a été intégrée en juillet 2024, permettant de recenser les réclamations des résidents et de leurs familles. Il est déclaré par le gestionnaire que les familles ont été informées par courrier des modalités de déclaration et de traitement de leurs réclamations. Il est ajouté que les réunions du CVS sont également l'occasion d'aborder les réclamations des familles. La prochaine réunion du CVS prévue fin août 2024, l'ordre du jour fera apparaître systématiquement l'extrait des réclamations reçues par l'établissement entre deux réunions. Au vu de ces éléments et de l'engagement pris concernant le CVS, la recommandation N°1 est levée. L'établissement indique que les bornes interactives installées à l'accueil ont été offertes par l'Action Sociale de [REDACTED] et livrées sur site fin octobre 2023. Il précise que la programmation de ces bornes prend du temps et nécessite des allers-retours avec l'éditeur, expliquant, selon lui, le constat de son non-fonctionnement, au jour de l'inspection. Ce projet d'interactivité entre l'établissement, les résidents et les familles est un projet innovant non présent dans les autres EHPAD, selon l'établissement. Le gestionnaire conteste le bien-fondé de la remarque 10
2	Développer la vie sociale au sein de l'établissement en optimisant et en diversifiant les temps d'animations.	R1 ; R10	Levée	

				du rapport, laquelle se rapporte au « faible nombre d'animations » et à la « non-contribution au développement de la vie sociale ». D'après lui, cette remarque n'illustre pas le vécu de la résidence, ni au niveau de l'engagement des équipes (2 animatrices + mise à disposition d'un soignant pour les grandes animations et les sorties extérieures), ni au niveau de l'enthousiasme des résidents et des familles (plus 30 résidents participants aux animations). Pour ce faire, il se fonde sur : - Le rapport d'activité de l'année 2023 faisant ressortir : les activités intergénérationnelles avec la crèche, la MJC, l'IME et l'intervention de bénévoles de la chorale, des musiciens, de la médiathèque. - L'enquête de satisfaction menée début 2024 auprès des familles et auprès des résidents montrant que 83% des résidents interviewés vont aux animations et 67% des résidents interviewés apprécient leur diversité. Côté famille, le niveau de satisfaction s'élève à plus de 80% pour la diversité, la qualité des animations proposées et le nombre des activités proposées. - Le CVS, s'implique fortement dans le suivi de l'animation et de la vie de l'établissement. Ses membres reconnaissent l'engagement et l'énergie des animatrices. Les animatrices sont toujours à la recherche de nouveaux partenariats et de nouvelles sorties.
3	Sécuriser la gestion des ressources humaines pour assurer une prise en charge de qualité des résidents en : - Formalisant la procédure de continuité de la direction	R3	Levée	Dont acte, la prescription N°2 est levée. Il est pris acte de la mise en place d'un calendrier des astreintes faisant apparaître le nom et le numéro de téléphone de la personne d'astreinte et affiché en salle de soins. La continuité de la direction est donc effective. Pour mémoire, le mémo « astreintes » transmis lors de

- Veillant au respect du droit à la déconnexion des salariés - Procédant à la mise en place de fiches de postes et de tâches pour chaque salarié - Veillant à répondre aux souhaits de besoins en formations des salariés par la mise à disposition du plan de formation - Sensibilisant le personnel à l'accompagnement des personnes vulnérables et la prévention de la maltraitance - Mettant en œuvre un dispositif de soutien professionnel	R4	Levée	l'inspection décrit qu'en cas d'évènement grave pendant l'astreinte, la directrice et le président de l'association doivent être contactés immédiatement. Il est pris acte, concernant le droit à la déconnexion des salariés (R4) que seuls les professionnels volontaires et disponibles le jour de l'absence de dernière minute d'un collègue peuvent recevoir un message., l'assistante RH assurant un suivi au jour le jour des disponibilités de chacun. Le gestionnaire reconnaît que les fiches de postes et les déroulés de journée ne sont pas classés dans les dossiers administratifs du personnel. Cela étant, il indique que la démarche qualité de l'établissement prévoit une mise à disposition de l'ensemble de ces documents sur le logiciel [REDACTED] et dans des classeurs à disposition des professionnels dans la salle de soins pour les soignants et dans le bureau des ASH. Cette organisation facilite l'harmonisation des pratiques et garantit que l'information accessible soit la bonne information à donner, dans sa dernière version. Dont acte pour ce point.
	R5	Levée	
	R7	Levée	
	R8	Levée	
	R9	Levée	
			Le plan de formation, pendant les 2 ans de COVID, a connu une mise en œuvre très succincte. Les budgets ont été reportés d'année en année par l'OPCO et d'ici fin 2024, ils pourront être consommés dans leur intégralité. Il est pris acte qu'un recueil des besoins en formation est désormais mis en place par l'assistante RH. Le plan de formation 2024 a été transmis pour preuve, dans le cadre de la procédure contradictoire. Il est pris acte de la programmation de formation sur la bientraitance ainsi qu'un accompagnement des

				2024). L'établissement informe de la mise en place d'une organisation fixant la première semaine de chaque mois et un jour par semaine par unité/étage pour réaliser la mesure des poids. Il revient à l'établissement de veiller à poursuivre cette démarche/contrôle en continu et d'assurer une alerte auprès des médecins en cas de perte ou prise pondérale trop importante. La recommandation N° 4 est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre et transmissions d'éléments probants (protocoles). Concernant la mesure relative à la R20, celle-ci est maintenue, étant donné que la veille et le contrôle du suivi mensuel du poids doivent être poursuivis. L'établissement indique que les différentes conduites à tenir pour faire face aux urgences ont été formalisées par le médecin coordonnateur et seront transmises une fois qu'elles auront été partagées avec l'IDEC. La recommandation N° 5 est maintenue, dans l'attente de la transmission des conduites à tenir pour la gestion des urgences médicales.
5	Formaliser les différentes conduites à tenir pour la gestion des urgences médicales en gériatrie et les mettre à disposition des professionnels	R17	2 mois	
6	Compléter les dossiers de liaison d'urgences afin d'assurer la transmission des informations indispensables pour une prise en charge optimale du résident, en cas de transfert en urgence	R16	1 mois	
7	Veiller à sécuriser le stockage des données médicales des résidents	R25	Levée	La recommandation N° 6 est maintenue dans l'attente de la transmission d'éléments probants. L'établissement précise que les dossiers des résidents sont rangés dans un placard fermé à clé, dans un local lui-même fermé à clé. Il a été cependant rappelé aux secrétaires de l'accueil de ne garder aucun élément

				médical dans les dossiers administratifs qui doivent être transmis aux infirmières pour un classement dans les dossiers médicaux situés dans un placard de la salle de soins, dont l'accès est protégé par un badge. La recommandation N° 7 est levée. Il est pris acte que les infirmières saisissent quotidiennement leurs transmissions sur le logiciel [REDACTED], à destination de tout professionnel pouvant prendre en charge le résident concerné, que ce soit un professionnel de jour comme de nuit. Il a été rappelé aux infirmières que les « post-it » et/ou relèves papier étaient interdits, même pour sensibiliser, dans une bonne intention, les professionnels de nuit. Une solution à partir du logiciel [REDACTED] a été trouvée : le logiciel prévoit la possibilité d'écrire des informations générales pour un groupe de professionnels donnés. Un groupe informatique a été créé regroupant les infirmiers, les professionnels de nuit, la cadre de santé, le médecin coordonnateur et la direction. Ne devront être indiqués sur ces messages que des informations succinctes de sensibilisation afin d'encourager les professionnels de nuit à lire les transmissions ciblées sans perdre de temps. Ex : « Nouveau si besoin pour Mme P – Cf. transmission ciblée sur [REDACTED] ». Ces messages seront archivés dans le logiciel et horodatés. La recommandation N° 8 est levée
8	Formaliser les transmissions entre les équipes de jour et de nuit par une saisie sur le logiciel de soins en présence d'une IDE afin d'assurer une continuité optimale des soins	R6	Levée	
9	Compléter les plans de soins globaux en indiquant les particularités individuelles des résidents et préciser correctement les actes à réaliser en concordance avec les plans de douche et de changes et procéder à leur réactualisation régulière.	R11	2 mois	L'établissement évoque la mise à jour des plans de soins par un groupe de soignants. Il est attendu que l'IDEC fera un nouveau contrôle, dans le cadre de sa prise de poste. Aucun plan de soins n'a été transmis pour attester de cette démarche. Ce point est donc maintenu. La recommandation N° 8 est levée

	Veiller à préciser les protocoles thérapeutiques des résidents notamment pour les soins cutanés sur les plans de soins techniques des IDE. 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.	R12 R13	Immédiat Immédiat	L'inscription des protocoles thérapeutiques des soins cutanés à faire par les IDE est effective, mais l'établissement n'a transmis aucun exemple de plans de soins mis à jour sur cette thématique. Ce point est donc maintenu. L'établissement envisage que l'IDEC reverra avec les professionnels l'inscription du contrôle de la saturation des changes et l'accompagnement au WC des personnes sur le plan de changes. Dans cette attente, ce point est maintenu. Dans l'attente de la transmission d'éléments probants, la recommandation N°9 est donc maintenue dans sa globalité.
--	---	-----------------------	---------------------------------	--

