

La directrice générale

Réf. :

Madame la Présidente


Groupe OMERIS

22 rue Pasteur,
69300 Caluire et Cuire

Lyon, le **29 MAI 2024**

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé.

LRAR.20166 947 0768 2

PJ : 1 - Mesures correctives définitives

Madame la Présidente,

Une inspection diligentée à mon 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 « Résidence du Léman » le 11 juillet 2023, au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7 500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) ».

Sur la base du rapport établi par la mission, je vous ai fait parvenir par courrier du 11 avril 2024 les mesures correctives que j'envisageais de prononcer afin de remédier aux non conformités / manquements / dysfonctionnements constatés.

Vous m'avez transmis votre réponse en retour par courriel en date du 10 mai 2024.

Je prends bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission

Je prends acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, j'ai l'honneur de vous notifier ma 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.

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

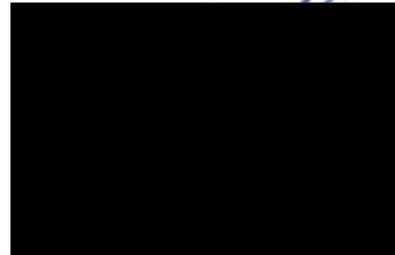
Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de Haute-Savoie, service Grand Age.

Vous veillerez à lui transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires dans un délai de 6 mois.

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

Je vous rappelle 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.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'assurance de ma considération distinguée.



Copie : [redacted] directrice de l'EHPAD résidence Léman

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 DEFINITIVE
1	Régulariser la capacité de l'établissement en vertu de l'arrêté d'autorisation	Ecart 1	2 mois	L'établissement a transmis la liste des résidents à la date du 31/03/2024 qui est conforme à l'arrêté d'autorisation : 62 résidents dont 58 HP et 4 HT La prescription N°1 est levée
2	Formaliser un projet d'établissement répondant aux différents attendus légaux prévus aux articles L311-8 et D311—8 du CASF et le présenter aux différentes instances	Ecart 2	12 mois	L'établissement indique que le projet d'établissement est en cours de relecture par le siège du réseau OMERIS et sera transmis à l'ARS d'ici le 30/06/2024 La prescription N°2 est maintenue dans l'attente de transmission du nouveau projet d'établissement.
3	Revoir les procédures de signalement des EIG et des réclamations et assurer le porter a connaissance et leur appropriation par les équipes et en assurant la transmission des signalements aux tutelles (ARS et CD)	R 1,2,3	6 mois	L'établissement indique que la procédure de signalement des EIG du réseau OMERIS prévoit que le directeur de l'établissement et le service qualité du réseau se mettent en relation pour valider les modalités de déclaration en fonction de la catégorie de l'EI. Il indique également que la décision de signaler aux autorités n'est pas exclusivement prise par le siège et que c'est une décision collégiale prise en fonction des obligations réglementaires. Il est pris acte de ces éléments déclaratifs. La prescription N°3 est maintenue dans l'attente de transmission de la procédure actualisée
4	Formaliser la procédure d'astreinte de la direction et assurer son appropriation par les professionnels	R4 et 7	3 mois	L'établissement indique que la procédure d'astreinte de direction est formalisée et la transmet en PJ. L'établissement indique qu'afin d'en assurer son rappel à tous les professionnels il est prévu d'en

				partager le contenu lors d'un « Brief » d'ici au 30/06/2024 et que la procédure sera remise et expliquée à chaque nouveau salarié et programmé lors de « flash info » les 10 et 12 juin 2024 et lors du codir du 24/05/2024. L'établissement indique également qu'une nouvelle procédure est en cours d'élaboration pour définir la conduite à tenir en cas d'absence du directeur. La prescription N°4 est levée
5	Mener une réflexion en vue d'améliorer la circulation des résidents pour en assurer la sécurité conformément à ce qui est prévu à l'article L311-3 du CASF	Ecart 3 et remarque 13	6 mois	L'établissement indique que les travaux dans les circulations du 2eme étage pour aménager des placards de rangement sont prévus à compter du 13 mai 2024. La prescription N°5 est maintenue dans l'attente de réalisation des travaux et de la transmission d'éléments probants attestant de cette réalisation.
6	Réduire le temps de réponse à l'appel malade afin d'assurer la sécurité des résidents (art. L311-3 du CASF)	Ecart 4	3 mois	L'établissement indique qu'un rappel des bonnes pratiques est réalisé par la directrice en « Flash infos » mensuel avec présentation des statistiques de réponse aux sonnettes et des temps de présence. Il n'est pas précisé à qui le flash info est destiné ni dans quel type de réunion ces informations sont transmises. L'établissement indique également que des tests inopinés seront réalisés tous les mois par un membre du Codir et que le réseau va définir les modalités de gestion des réponses aux sonnettes. La prescription N°6 est maintenue dans l'attente de mise en œuvre de ces mesures et transmission de la procédure qui déterminera les modalités de gestion des réponses aux sonnettes.

7	Augmenter la quotité de temps du travail du médecin coordonnateur à 0,6 ETP pour un établissement entre 60 et 99 places conformément à l'article D152-156 du CASF	Ecart 5	12 mois	L'établissement indique que le poste de médecin coordonnateur est vacant et que le recrutement est en cours (annonce transmise) pour un ETP de 0,6. En l'absence de médecin coordonnateur une convention a été signée avec [REDACTED] pour mettre en place de la télécoordination. La prescription N°7 est maintenue dans l'attente du recrutement et transmission du contrat de travail du nouveau médecin coordonnateur
---	---	---------	---------	---

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
Je vous recommande de :				
1	Rédiger des fiches de poste personnalisées pour l'ensemble de vos salariés	R6	6 mois	L'établissement indique que pour chaque métier existent des définitions de fonction et des déroulés de journées types et que la direction du groupe travaille actuellement sur l'ensemble des définitions de fonction. La recommandation N°1 est maintenue les fiches de fonction ne constituant pas des fiches de postes personnalisées. t
2	Formaliser une politique de remplacement des professionnels afin d'anticiper la gestion des plannings	R5	6 mois	L'établissement indique que la résidence dispose d'une procédure "mode solidaire" (transmise en PJ) qui prévoit l'absence de tous les postes soignants mais aussi les postes d'hébergement. Le groupe OMERIS mettant en place une expérimentation sur un de ses établissements sur la politique de remplacement soignants et non soignants qui a été présenté à l'ensemble des directeurs en décembre 2023 La recommandation N°2 est maintenue dans l'attente d'éléments

				probatant attestant d'une mise en œuvre effective dans les établissements du groupe.
3	Formaliser la gestion des urgences médicales afin de mettre à disposition des professionnels les conduites à tenir	R8	6 mois	L'établissement indique utiliser le guide de l'ARS IDF et que la responsable qualité opérationnelle réalise semestriellement un point flash avec les CDS des établissements il est indiqué que la trame « point flash » est jointe. Nous actons qu'un travail est effectivement en cours au sein du réseau OMERIS mais le point flash transmis est vierge et n'est pas renseigné ce qui ne nous permet pas d'attester de son contenu et de son appropriation par les équipes de l'établissement ; La recommandation N°3 est maintenue dans l'attente de transmission d'éléments probants
4	Compléter le plan de formation afin que ce dernier soit plus exhaustif et corresponde bien aux besoins des professionnels au regard des publics accueillis	R9 et 10	8 mois	L'établissement indique que le plan de formation 2024 a été validé et est en cours de mise en œuvre et que la DRH du groupe va réaliser des entretiens individuels avec l'ensemble des collaborateurs afin d'alimenter le plan de formation 2025. A la résidence Léman ces entretiens se réaliseront sur le 2eme trimestre, un tableau de synthèse reprend les souhaits formulés par les salariés lors de ces entretiens. Les entretiens sont réalisés tous les deux ans à minima pour l'ensemble des collaborateurs. Il est pris acte de ces éléments déclaratifs La recommandation N°4 est maintenue dans l'attente de transmission d'éléments probants
5	Mettre en œuvre des temps d'échange entre les professionnels autres que le temps de transmission afin de les laisser échanger sur leurs pratiques en vue de leurs améliorations.	R11	8 mois	L'établissement indique qu'une réflexion est en cours au sein du réseau OMERIS pour mettre en place des APP au sein des EHPAD avec des intervenant extérieurs La recommandation N°5 est maintenue dans l'attente de transmission d'éléments probants
6	Porter à la connaissance des tutelles (ARS et CD) les suites données aux prescriptions émises par la commission de sécurité suite à sa visite du 20 mai 2021.	R12	3 mois	Les éléments demandés ont bien été communiqués. La recommandation N°6 est levée

7	Designier un professionnel réfèrent pour les 1ères semaines après l'arrivée du résident dans l'EHPAD afin de l'aider à prendre ses repères	R14	6 mois	L'établissement indique que chaque professionnel de santé a une liste de résidents bien identifiés et que chaque résident à 2 référents (1 dans chaque équipe) du fait de l'alternance des cycles de travail. Les familles ayant ainsi toujours un interlocuteur. La recommandation N°7 est maintenue dans l'attente de transmission d'éléments probants
8	Élaborer des plans de soins de nursing complets selon une méthodologie partagée par chacun des professionnels concernés et en prévoir les ajustements si nécessaire	R15	3 mois	L'établissement indique que les plans de soins sont élaborés sur le logiciel NETSOINS dès l'arrivée du résident par l'ASD avec une mise à jour selon l'évolution du résident, avec un contrôle par la cadre de soins. La traçabilité est effectuée grâce à une tablette mise à disposition des soignants. Il n'est pas répondu sur la complétude des plans de soins pour adapter au mieux la prise en charge individuelle et l'importance d'explicitier certains actes afin d'en assurer leur réalisation. Aucun élément probant n'a été transmis. La recommandation N°7 est maintenue
9	Formaliser l'organisation des douches ou bains sur le plan de soins nursing et veiller à garantir la traçabilité de la réalisation de l'acte.	R16	2 mois	L'organisation des douches est dans les plans de soins selon la structure. Mais l'indication du jour de douche n'était pas spécifiée initialement selon l'étude faite par la mission. Il n'est pas donné de réponse sur cette planification. La recommandation N°8 est maintenue
10	Améliorer le compte rendu de la commission de coordination gériatrique notamment en terme d'activités en soins et des objectifs santé pour l'année suivante et faire signer le compte rendu par le Directeur de l'établissement et le médecin coordonnateur	R17	1 mois	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, de ce fait la prochaine CCG sera programmée lors du recrutement en 2024. Il est pris note que le réseau OMERIS met à disposition des directeurs un guide des instances qui sera mis à jour. La recommandation N°9 est maintenue dans l'attente de l'actualisation du guide et de sa transmission
11	Formaliser les protocoles de conduite à tenir en cas de risques médicaux de sorte que les professionnels puissent se les approprier, notamment pour la	R18 et R19 20	6 mois	Il est pris acte que la formalisation et la mise à jour des documents vont être menés par le service qualité et la direction médicale d'ici le 30/09/2024 L'établissement ne répond pas à l'organisation de la mesure

	prévention et la prise en charge des chutes le dépistage et le traitement de la dénutrition. Mettre à jour les protocoles relatifs aux escarres (évaluation du risque et traitement), et à la douleur (présentation des échelles évaluatives de la douleur, incitation du personnel à les utiliser) Assurer la prise pondérale des résidents	R24 25	6 mois	pondérale mensuelle de chaque résident et à son contrôle. La recommandation N°10 est maintenue dans l'attente notamment du travail sur les protocoles envisagé et de leur transmission à l'issue
	R21		immédiat	
12	Actualiser le protocole de mise sous contention avec les modalités de mise en place et de suivi pour limiter les risques éventuels pour le résident selon les recommandations de bonne pratique de l'ANSM de 2020 concernant les contentions au fauteuil et au lit et assurer la réévaluation et la mise à jour des prescriptions des contentions	R22 et 23	6 mois	La mise à jour du protocole relatif à la contention physique passive est envisagée d'ici le 30/04/2024. La recommandation N°11 est maintenue dans l'attente de la transmission du protocole
13	Contrôler régulièrement les dates de péremption de la dotation d'urgence (médicaments et matériels)	R26	4 mois	L'établissement indique que le contrôle des dates de péremption de la dotation d'urgence est fait mensuellement, le document listant la dotation et les dates de péremption signé en janvier a été transmis La recommandation N°12 est levée l'établissement veillera à assurer régulièrement ce contrôle

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes - Inspection de l'EHPAD Résidence du Léman à Thonon les Bains... - 11/07/2023 ...

