

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

La Métropole de Lyon

Affaire suivie par :
ARS Auvergne-Rhône-Alpes

La Métropole de Lyon

DOMUS-VI
Directeur général
Immeuble Greenwalk
46-48 rue Carnot
SURESNES

Réf: **2024 PNEC 50**

Lyon, le **17 DEC. 2024**

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

LRAR

Monsieur le Directeur Général,

Une inspection diligente 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 La Rotonde le 10 juillet dernier 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 19 septembre 2024 les mesures correctives que nous envisageons de prononcer afin de remédier aux non-conformités et manquements constatés.

Vous m'avez transmis votre réponse en retour par courrier du 21 octobre dernier.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission.

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

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier nos décisions définitives, 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.

Vous vous attacherez en particulier à poursuivre les efforts entrepris afin de stabiliser les effectifs en nombre et en qualification, afin de garantir une prise en charge optimale et individualisée des résidents.

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.

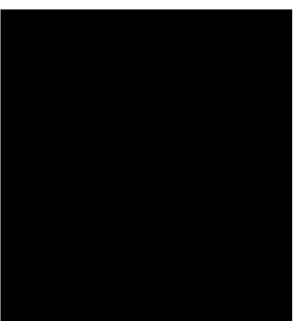
Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale ARS du Rhône et de la Métropole de Lyon et par la Métropole de Lyon.

Vous veillerez à leur 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

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.



Copie à M. le Directeur de l'EHPAD La Rotonde

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	<p>En matière de Gestion des Risques : Garantir le signalement de tous les EI / EIS à déclaration obligatoire aux autorités administratives compétentes <i>article L331-8-1 CASF</i></p>	E1	Immédiat	<p>L'établissement indique avoir sensibilisé de nouveau les collaborateurs sur la procédure de gestion des EI ainsi que sur le tableau de classification. Une présentation a également été faite en CVS afin de nous engager au signalement de tous les EI (cf Compte rendu CODIR, CPO, RIG puis informations CSE et CVS).</p> <p>Il est pris acte de l'ensemble des actions entreprises et des éléments probants détaillés transmis. La prescription est levée. A corriger : erreur sur l'adresse de l'adresse courriel alerte ARS / page 6 de la procédure : ars69-alerte@ars.sante.fr</p>
2	<p>En matière de ressources humaines : - accroître la qualification de l'équipe aide-soignante par le recrutement et par l'accompagnement à la formation professionnelle <i>article L312-1 II du CASF</i> - stabiliser durablement une équipe infirmière titulaire - compléter le temps de médecin coordonnateur <i>article D312-156 du CASF</i></p>	E3 R3 E8	Immédiat et en continu	<p>L'établissement indique disposer désormais de 12 ASD qualifiés sur 22, a de plus récemment recruté 2 ASD qualifiées et inscrit en formation qualifiante 2 agents pour septembre 2025.</p> <p>L'établissement a recruté 3 IDE en CDI en octobre et novembre.</p> <p>L'infirmière coordinatrice est également passée en CDI.</p> <p>Un nouveau MEDCO est recruté à compter du 6 novembre en CDI. Son temps reste toutefois à 0.50 ETP selon la copie de l'annonce jointe alors qu'il est prévu un temps de 0.6 ETP compte tenu de la capacité d'accueil de l'EHPAD.</p> <p>La situation de l'établissement en termes d'effectifs soignants s'est améliorée depuis le jour de l'inspection sur site.</p> <p>A noter également la conclusion avec 3 nouveaux médecins généralistes permettant désormais à l'ensemble des résidents de bénéficier d'un médecin traitant.</p> <p>La prescription est levée pour ce qui concerne l'E.3 et la R.3, et maintenue concernant l'E8. Dans le cadre du suivi, l'établissement veillera à fournir les éléments relatifs à la qualification du Dr. [] pour exercer les fonctions de MEDCO et à produire un point de situation actualisé à 6 mois concernant les effectifs soignants et infirmiers.</p>
3	<p>Garantir la mise en œuvre systématique et sans délai de toute prescription médicale <i>article L. 311-3 du CASF</i></p>	E2	Immédiat	<p>L'établissement évoque la mise en place d'un tableau de suivi des ordonnances à échéance et les renouvellements mensuels en lien avec la pharmacie. Mais il n'est pas répondu au suivi des prescriptions concernant des actions thérapeutiques à mettre en place par les IDE (cf les éléments du rapport sur l'absence d'injection d'insuline)</p> <p>La prescription est maintenue dans l'attente de sa mise en œuvre</p>

4	<p>En matière de protocoles et conduite à tenir relatifs à la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sécuriser la prise en charge en formalisant la gestion des urgences médicales et acculturer les professionnels à ce protocole, <i>article L. 311-3 du CASF</i> - élaborer des protocoles de conduites à tenir pour les différentes catégories de risques médicaux, conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF et notamment les urgences gériatriques, la GEA, le risque suicidaire... - unifier les protocoles et CAT relatifs aux chutes afin de disposer d'un seul support actualisé et partagé - compléter / réviser les protocoles en matière de : <ul style="list-style-type: none"> * prévention des escarres * prise en charge locale des plaies * prise en charge de la douleur 	E4	1 mois	<p>Un protocole "gestion des urgences de nuit" actualisé en juin 2023 précise clairement la conduite à tenir. Une check-list de transmissions lors de l'appel au 15 a été annexée. Il est souhaitable de rédiger un protocole de la gestion des urgences qui soit applicable aussi en journée en fonction des professionnels en place.</p>
		R13		
		R14	3 mois	<p>Concernant les différents protocoles de soins à formaliser, actualiser et/ou compléter l'établissement n'a apporté aucune réponse.</p> <p>La prescription est maintenue dans l'attente de la transmission des différents protocoles, concernant la mesure relative à l'écart 2 il est attendu dans le cadre du suivi la transmission du protocole de l'urgence à appliquer aussi sur la journée</p>
		R16 R17 R19		
4	<p>Assurer une réévaluation régulière des projets d'accompagnement personnalisé <i>articles L311-3 et D312 155-0 du CASF, RBPP HAS « les attentes de la personne et le projet personnalisé »</i></p>	E7	3 mois puis en continu	<p>Pour les 13 résidents rentrés depuis juin 2024, il est indiqué un mois prévisionnel pour l'élaboration de leur PAP, de septembre à novembre 2024, soit dans les 3 mois de leur entrée.</p> <p>En revanche, il reste 8 résidents dont le projet date d'août ou septembre 2023 sans mention de date de pour l'actualisation de leur PAP, ainsi que 2 résidentes dont le projet date d'octobre 2022 et décembre 2022.</p> <p>Prescription maintenue dans l'attente de sa réalisation complète. Un point d'actualisation sera à faire dans le cadre du suivi à 6 mois.</p>
5	<p>Concernant les outils de la loi 2022-2 relatifs aux droits et à l'information des usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulter le CVS sur la dernière mise à jour du règlement de fonctionnement <i>article L311-7 du CASF</i> - Mettre à jour le livret d'accueil des derniers changements en termes d'organisation et encadrement de l'établissement 	E6	3-mois	<p>La mise à jour du RF fait l'objet d'un comité de relecture par 2 résidents membres du CVS. Le règlement actualisé sera présenté au CVS de décembre 2024 (ordre du jour fourni).</p> <p>Le livret d'accueil a été mis à jour des changements de l'organigramme. Ce dernier devra être régulièrement actualisé.</p>
		R2		<p>La prescription est levée.</p>
6	<p>Engager les travaux permettant une accessibilité sécurisée de l'ensemble des cabinets de toilette du 1^{er} étage</p>	E5	1 an	<p>Il est pris acte du devis envoyé en réponse.</p> <p>La prescription est maintenue dans l'attente de la réalisation des travaux dans le délai d'un an.</p>

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DÉLAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Je vous recommande de :			
1	<p>Afin de sécuriser l'exercice professionnel et l'activité quotidienne des salariés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - compléter le dispositif d'astreinte d'une procédure organisant l'astreinte de direction à destination du personnel - établir une fiche de tâches pour chaque métier ou catégorie de professionnel (AS, IDE, nuit...) et précisant les déroulés horaires - rédiger des consignes formalisées expliquant les modalités d'accompagnement et de sécurisation de la prise de poste des agents remplaçants 	<p>R6</p> <p>R5</p> <p>R4</p>	3 mois	<p>La mission avait bien souligné l'existence d'une organisation formalisée précise des astreintes à l'échelle des établissements de la région, ce que confirment les éléments fournis en réponse. La recommandation portait sur l'information des agents quant aux situations et critères de recours à l'astreinte. La recommandation en lien avec la R6 est donc maintenue.</p> <p>Des fiches de tâches précises ont été élaborées pour les IDE et ASD (jour et nuit). Elles ont été remises aux salariés contre émargement. La recommandation en lien avec la R.5 est levée.</p> <p>Il est pris acte de l'existence d'outils formalisés destinés à accompagner et sécuriser la prise de postes des nouveaux collaborateurs de l'EHPAD. L'enjeu est plutôt celui de l'élaboration/ mise à jour et de l'opérationnalité des procédures en matière de soins évoquées supra. La recommandation en lien avec la recommandation R4 est levée.</p>
2	<p>Concernant les plans de soins, afin de garantir la prise en compte effective des besoins et le bien-être des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - préciser la responsabilité et le rôle respectif de chaque professionnel AS et IDE quant aux différents actes à accomplir - compléter, préciser, expliciter les plans de soin de nursing au regard des spécificités de chaque résident et mentionner et tracer le contrôle de la saturation des protections 	<p>R8</p> <p>R9</p> <p>R10</p>	2 mois	<p>L'établissement indique l'actualisation des plans de soins de nursing. Il a été transmis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - concernant l'inscription du rôle des IDE et ASD selon le plan de soins transmis cela est effectif. - l'établissement a transmis le plan des douches et des changes où sont mentionnés l'autonomie du résident et le besoin en aide humaine. Le contrôle de la saturation des protections est indiqué. Cependant il n'a pas été apporté de preuve sur les éléments à compléter sur les plans de soins de nursing tel que stipuler dans la remarque 9. <p>La recommandation en lien avec la mesure de la recommandation N°9 est maintenue, celle en lien avec les remarques N° 8 et 10 peut être levée.</p>

3	Compléter les Dossiers de Liaison d'Urgence des éléments du dossier médical afin d'assurer la transmission de toutes les informations concernant le résident, notamment en cas de transfert en urgence	R12	Immédiat et en continu	<p>L'établissement évoque l'actualisation des DM et de l'édition des DLU à chaque hospitalisation. Il n'a pas été transmis d'élément de preuve permettant d'attester de cette actualisation et complétude des DLU, selon le descriptif fait dans le rapport.</p> <p>Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission des éléments de preuve sur la complétude des DLU.</p>
4	Formaliser une organisation et des outils de recueil pour suivre la réévaluation régulière des contentions physiques passives et la mise à jour des prescriptions médicales pour chaque résident concerné	R15	3 mois	<p>L'établissement indique qu'une réévaluation hebdomadaire des contentions est envisagée avec l'équipe pluridisciplinaire et qu'une sensibilisation des praticiens par l'IDEC à partir du 2/10/2024 a été mise en place, l'objectif étant de renouveler cette sensibilisation dès l'arrivée du nouveau médecin coordinateur. Un exemple de prescription de barrières de lit a été transmis.</p> <p>Pour autant, l'établissement ne répond pas à la formalisation de l'organisation de la réévaluation régulière des contentions, ainsi que de la mise à jour des prescriptions.</p> <p>Recommandation maintenue dans l'attente de sa mise en œuvre et de la transmission de document précisant de cette organisation effective.</p>
5	Pourvoir les places d'hébergement dans le cadre de l'autorisation accordée selon un rythme adapté en veillant à assurer une évaluation fine des besoins des résidents et l'élaboration dans de bonnes conditions de son projet d'accompagnement personnalisé	R1, R7	Immédiat et en continu	<p>Le taux d'occupation de l'établissement est de 97.5% au 13 octobre selon les éléments probants transmis, soit 2 lits vacants.</p> <p>La recommandation liée à la R1 est levée.</p> <p>L'enjeu pour la structure est de maintenir malgré un nombre d'entrées importantes sur 2024 le travail d'évaluation des besoins et construction de PPA.</p> <p>La recommandation liée à la R7 est maintenue. Dans le cadre du suivi à 6 mois, l'établissement veillera à faire un point sur l'élaboration et l'évaluation des PPA.</p>
6	Elaborer et diffuser un compte-rendu précis de la réunion de commission gériatrique, co-signé du directeur et du médecin coordonnateur afin de diffuser, afin de partager le bilan réalisé et les axes de travail retenus	R11	Annuellement	<p>Il est pris acte de l'engagement de l'établissement à réunir la CCG une fois le nouveau médecin coordonnateur recruté.</p> <p>Recommandation maintenue dans l'attente de sa mise en œuvre</p>
7	Poursuivre la mise en œuvre des objectifs du projet d'établissement 2021-2026, notamment en matière d'accompagnement de la fin de vie	R19	D'ici 2026	<p>L'établissement indique que son PE est actualisé avec les évolutions législatives, et que sa prochaine actualisation intégrera les objectifs actualisés du CPOM, du SROMS.</p> <p>La recommandation ne portait pas sur les objectifs mêmes du PE, dont la mission a souligné l'existence actuelle et ses ambitions, que sur la mise en œuvre de ce qui y est d'ores et déjà inscrit : actions de formation spécifiques, formalisation de projets d'accompagnement à la fin de vie, désignation d'un référent...</p> <p>Recommandation maintenue dans l'attente de sa mise en œuvre</p>

