

Services émetteurs : Direction des droits des usagers, des affaires juridiques, de l'inspection-contrôle et de la qualité - Pôle Inspections-Contrôles
Conseil départemental de l'Hérault

Monsieur [REDACTED]
Président de la SAS Medotels
Zone Industrielle
25870 DEVECEY

Courrier RAR n° 1A 210 550 5528 9

Copie de cet envoi à Madame la Directrice de l'établissement

Objet : Inspection de L'EHPAD Korian « La Pompignane » à Montpellier (34)
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJ : Annexe à la lettre de clôture : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

À la suite de l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD « La Pompignane », sis 662 avenue de la Pompignane à Montpellier (34000) et géré par la SAS Medotels, en date du 13 octobre 2023, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 14 juin 2024, à communiquer vos observations en réponse à la proposition de mesures correctives.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques en date du 02 août 2024.

Après recueil et analyse de vos observations, nous vous notifions notre décision définitive, en vous demandant de mettre en œuvre, dans les délais impartis, les mesures correctrices énumérées dans le tableau joint au présent courrier.

Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de votre établissement.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à nos services respectifs, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions.

Le cas échéant, nous organiserons un contrôle d'effectivité.

En application des articles L.121-1 et L.122-1 du Code des relations entre le public et l'administration qui régissent les modalités de la procédure contradictoire préalable, les prescriptions retenues à l'issue de cette procédure ont la valeur d'une décision administrative.

Un recours gracieux motivé peut être adressé à nos services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré comme implicitement rejeté.

.../...

Dans un délai franc de deux mois à compter de sa notification et sans préjudice d'un éventuel recours hiérarchique auprès de Mme la Ministre chargée de l'Autonomie et du Handicap ainsi qu'auprès de M. le Président du Conseil départemental de l'Hérault, la présente décision ouvre droit à une voie de recours contentieux près du tribunal administratif territorialement compétent qui peut également être saisi par l'application informatique « Télerecours citoyens » accessible sur le site internet « www.telerecours.fr ».

Nous savons pouvoir compter sur votre pleine implication et celle de vos équipes pour poursuivre les réflexions au sein de l'établissement et les démarches d'amélioration déjà engagées.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

Pour le Directeur général et par délégation,
Le Directeur départemental de l'Hérault



Mathieu PARDELL

Pour le Président et par délégation,
Le Directeur de la maison départementale
de l'autonomie



Emmanuel ROUAULT

Direction des droits des usagers, des affaires juridiques, de l'inspection-contrôle et de la qualité - Pôle Régional « Inspections-Contrôles »
Conseil départemental de l'Hérault

Annexe à la lettre de clôture

Tableau de synthèse des mesures correctrices définitives

Inspection de l'EHPAD Korian « La Pompignane »

662 avenue de la Pompignane - 34000 Montpellier
géré par la SAS MEDOTELS à Montpellier

Inspection du 13 octobre 2023

N° PRIC : MS_2023_34_CS_15

Un écart est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.

Une remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.

Écart	Rappel de la réglementation	Mesure (prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'inspecté	Décision des autorités (ARS / CD 34)
Écart 1 : Les unités protégées n'ont pas été formellement signalées aux autorités afin de figurer sur l'arrêté d'autorisation de l'établissement.	L.313-1 CASF	Prescription 1 : Signaler aux autorités tout changement important dans l'organisation et le fonctionnement des unités protégées.	Immédiat		Prescription 1 maintenue jusqu'à transmission du courrier.
Écart 2 : L'ensemble du personnel n'a pas connaissance du règlement de fonctionnement.	R.311-34 CASF	Prescription 2 : S'assurer de l'affichage et de la remise du règlement de fonctionnement à l'ensemble des salariés.	1 mois		Prescription 2 maintenue jusqu'à transmission de preuve
Écart 3 : Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) n'a été que très peu associé à l'élaboration du projet d'établissement et n'a pas formulé d'avis sur sa version finale.	L.311-8 CASF D.311-26 CASF	Prescription 3 : Solliciter l'avis du CVS pour la mise à jour du projet d'établissement.	6 mois		Prescription 3 maintenue jusqu'à transmission de preuve
Écart 4 : Le CVS ne s'est pas réuni 3 fois au cours de l'année 2023.	D.311-16 CASF	Prescription 4 : Réunir le CVS au moins trois fois par an.	Dès l'année 2024		Prescription 4 levée.
Écart 5 : Les comptes-rendus de CVS ne tracent pas les avis et propositions des participants.	D.311-29 CASF	Prescription 5 : Lors des prochaines séances, tenir informé le CVS des suites réservées aux avis et propositions qu'il a émis.	Après le prochain CVS		Prescription 5 levée.
Écart 6 : Le relevé de conclusions et l'acte instituant le CVS n'ont pas été communiqués aux autorités.	D.311-20 CASF D.311-27 CASF	Prescription 6 : Transmettre les comptes-rendus du CVS aux autorités dans un délai raisonnable afin qu'elles puissent suivre les instances de participation, ainsi que l'acte instituant le CVS.	Immédiat		Prescription 6 levée.
Écart 7 : Les EIG ne sont pas toujours déclarés sans délais aux autorités.	L.331-8-1 CASF	Prescription 7 : Informer sans délai les autorités de tout dysfonctionnement grave dans la gestion ou l'organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers.	Immédiat		Prescription 7 levée.

Écart 8 : Certains professionnels de la structure assurent la fonction d'aide-soignante (AS), sans disposer de la qualification requise.	L.4391-1 CSP	Prescription 8 : Transmettre un plan d'actions en vue d'assurer la professionnalisation réglementaire des agents faisant fonction. Poursuivre les actions de qualification (type VAE) de façon à qualifier le personnel.	3 mois		Prescription 8 levée.
Écart 9 : Les locaux techniques ne sont pas fermés et les digicodes des locaux protégés sont mis hors service.	L.311-3 CASF	Prescription 9 : Pour la sécurité des usagers, notamment ceux présentant des troubles cognitifs, les locaux techniques doivent être fermés et l'interdiction de mettre hors service les digicodes des locaux protégés est à rappeler.	Immédiat		Prescription 9 maintenue jusqu'à transmission de preuve.
Écart 10 : L'établissement n'est pas à jour dans l'élaboration des projets individualisés. Par ailleurs, le résident et/ou sa famille ne sont pas associés à l'élaboration du projet d'accueil et d'accompagnement.	D.312-155-0 CASF	Prescription 10 : Élaborer un projet individualisé pour chaque résident au sein de l'établissement, selon une procédure qui associe activement le résident concerné ou son représentant légal ainsi que ses proches.	6 mois		Prescription 10 maintenue jusqu'à transmission de preuve.
Écart 11 : Le poste de médecin coordonnateur (MEDEC) était non pourvu le jour de l'inspection, vacant depuis 18 mois. Un nouveau MEDEC devait arriver le 20 novembre 2023, sur un contrat temps plein.		Prescription 11 : Confirmer le recrutement d'un MEDEC et transmettre le contrat correspondant et la mise en œuvre des activités et commissions relevant du rôle du MEDEC.	Immédiat		Prescription 11 maintenue jusqu'à transmission de preuve.
Écart 12 : L'établissement n'a pas fourni de convention avec un établissement de santé disposant d'un service d'urgence. Le personnel interrogé n'a pas été en mesure de nous indiquer si une telle convention existait.	D.312-155-0 CASF	Prescription 12 : Conventionner avec un établissement de santé pour définir les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil des urgences.	6 mois		Prescription 12 levée.

Remarque	Recommandation - mesure attendue	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'inspecté	Décision des autorités (ARS / CD 34)
Remarque 1 : Les résidents des unités protégées ne bénéficient pas d'un programme d'animations adaptées suffisant, la démarche TNM n'est que trop peu appliquée et encadrée. Il s'agit d'objectifs du projet d'établissement à déployer prioritairement au regard du nombre important de places en unité protégées.	Recommandation 1 : Développer et mettre en œuvre un plan d'action pour intensifier et dynamiser les animations adaptées dans les unités protégées.	3 mois		Recommandation 1 levée.
Remarque 2 : Le projet d'établissement n'est pas formellement co-construit, et le personnel de l'établissement interrogé ne se l'est pas approprié.	Recommandation 2 : Favoriser l'appropriation du projet d'établissement par le personnel de l'établissement (diffusion, présentation, rappels réguliers si besoins), les associer au suivi de ce projet et à l'élaboration du prochain.	6 mois		Recommandations 2 maintenue jusqu'à transmission de preuve de communication vis-à-vis des salariés.
Remarque 3 : Le règlement intérieur signé par le personnel n'est pas présent dans tous les dossiers du personnel.	Recommandation 3 : Faire signer à chaque salarié le règlement intérieur et intégrer ce document signé à son dossier.	3 mois		Recommandation 3 maintenue jusqu'à transmission de preuve de communication vis-à-vis des salariés.
Remarque 4 : L'objectif "promouvoir la politique bientraitance" n'a pas encore été initié dans le cadre du plan d'amélioration continue de la qualité 2022/2023.	Recommandation 4 : Former le référent bientraitance dans le cadre de la promotion de la politique bientraitance.	6 mois		Recommandation 4 levée.
Remarque 5 : Les enquêtes internes de satisfaction ne sont pas mises en œuvre en complément des enquêtes nationales KORIAN.	Recommandation 5 : Mettre en place de manière effective les enquêtes de satisfaction internes à l'établissement afin de recueillir les doléances des résidents.	6 mois		Recommandation 5 maintenue jusqu'à transmission du PV du CVS ayant à l'ordre du jour la présentation de l'enquête de satisfaction.

Remarque 6 : Le personnel présent la nuit ne permet pas d'assurer un accompagnement sécurisé des résidents en secteur ouvert et dans les 4 unités protégées.	Recommandation 6 : Revoir les effectifs présents la nuit pour permettre une prise en charge sécurisée des résidents en secteur ouvert et dans les 4 unités protégées.	2 mois		Recommandation 6 maintenue.
Remarque 7 : Les fiches de postes des soignants ne sont pas systématiquement mises à jour.	Recommandation 7 : Mettre à jour les fiches de poste des soignants, notamment ceux travaillant dans les unités protégées.	3 mois		Recommandation 7 levée.
Remarque 8 : L'établissement a recours de manière fréquente au personnel intérimaire pour pallier l'absentéisme, ce qui ne permet pas d'assurer une continuité et un accompagnement de qualité.	Recommandation 8 : Mettre en place une organisation et des actions permettant de fidéliser et stabiliser le personnel.	6 mois		Recommandation 8 maintenue.
Remarque 9 : Une partie des salariés ne bénéficie pas d'entretien professionnel au motif qu'ils sont en CDD.	Recommandation 9 : Mettre en place des entretiens professionnels pour tous les salariés dès lors qu'ils justifient d'une certaine ancienneté dans l'établissement, quel que soit leur contrat de travail.	12 mois		Recommandation 9 maintenue.
Remarque 10 : Les outils actuels de suivi des formations ne permettent pas de déterminer si ces formations ont bénéficié à des agents toujours présents dans la structure. Aucun plan de formation pluriannuel n'est également disponible.	Recommandation 10 : Mettre en place des outils permettant de déterminer aisément les qualifications et formations dont disposent les salariés présents dans l'établissement. Déterminer un plan pluriannuel de formation.	3 mois		Recommandation 10 levée.
Remarque 11 : Les parties communes et certaines pièces sont peu entretenues et servent de lieu de stockage, sans destination précise.	Recommandation 11 : Réparer, entretenir et rendre à leurs usages (sanitaires) les parties communes et les pièces "tisanerie/stockage/infirmérie".	6 mois		Recommandation 11 levée.
Remarque 12 : La preuve de recherche du consentement lors de la signature du contrat de séjour n'est pas conservée aux dossiers des résidents.	Recommandation 12 : Faire signer par chaque nouveau résident (ou son représentant légal), au moment de la signature du contrat de séjour, un document attestant de la recherche du consentement. Intégrer ce document signé au dossier du résident.	1 mois		Recommandation 12 levée.

<p>Remarque 13 : La preuve de remise du livret d'accueil lors de la signature du contrat de séjour n'est pas conservée aux dossiers des résidents.</p>	<p>Recommandation 13 : Faire signer par chaque nouveau résident (ou son représentant légal), au moment de la signature du contrat de séjour, un document attestant de la remise du livret d'accueil. Intégrer ce document signé au dossier du résident.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Recommandation 13 levée.</p>
<p>Remarque 14 : Les projets de vie individualisés ne font pas l'objet d'une réévaluation périodique.</p>	<p>Recommandation 14 : Mettre en place une démarche permettant de réévaluer périodiquement ou en cas d'évènement particulier les projets de vie.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 14 levée.</p>
<p>Remarque 15 : Des fiches réflexes d'urgence existent. Cependant, ces documents, qui n'ont pas été concertés ni rédigés en interne, sont mal connus des professionnels rencontrés par la mission d'inspection.</p>	<p>Recommandation 15 : Afin de permettre une bonne appropriation des fiches réflexes d'urgence, la mission demande l'organisation de temps de réunion avec les équipes de soins pour échanger sur ces outils de travail.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 15 levée.</p>
<p>Remarque 16 : Le DLU comprend plusieurs dizaines de pages, ce qui est contraire aux recommandations de bonnes pratiques.</p>	<p>Recommandation 16 : La mission recommande que l'équipe soignante revoie le contenu de ce dossier, afin qu'il soit synthétique et informatif. Les recommandations concernant le DLU et sa composition ont été actualisées en 2015 par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) (https://www.has-sante.fr/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu)</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 16 levée.</p>
<p>Remarque 17 : Le retour des résidents dans l'établissement après hospitalisation n'est pas systématiquement accompagné du compte rendu médical.</p>	<p>Recommandation 17 : L'équipe d'inspection recommande à l'EHPAD de se rapprocher de/des établissements de santé avec lesquels il a signé une convention, afin de travailler sur l'amélioration de l'information du retour du résident et sur la transmission réactive du compte rendu médical.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Recommandation 17 levée.</p>

<p>Remarque 18 : Le temps de jeûne nocturne est supérieur à 12 heures.</p>	<p>Recommandation 18 : Décaler l'heure du dîner afin de ne pas dépasser un temps de jeûne de 12 heures. Même si des collations nocturnes peuvent être demandées, une vigilance particulière est à porter aux résidents présentant des troubles cognitifs qui peuvent ne pas être capables de faire la demande de collation, alors même qu'elle leur serait nécessaire.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 18 maintenue jusqu'à transmission de preuve de mise en œuvre.</p>
<p>Remarque 19 : Les dossiers médicaux apparaissent incomplets : absence de suivi des apports alimentaires des résidents présentant un risque de dénutrition, et absence de traçabilité des interventions des médecins.</p>	<p>Recommandation 19 : La mission recommande une vigilance particulière sur le suivi des apports alimentaires des résidents présentant des risques de dénutrition, ainsi qu'une sensibilisation des médecins et de l'HAD sur l'importance de tracer régulièrement leurs interventions dans les dossiers médicaux.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 19 levée.</p>
<p>Remarque 20 : Dans le cas d'une ordonnance manuscrite, celle-ci ne figure pas dans le dossier informatisé, avec un risque d'oubli de transmission en cas d'hospitalisation en urgence.</p>	<p>Recommandation 20 : La mission recommande à l'établissement de sensibiliser les médecins à l'importance de saisir toutes nouvelles prescriptions dans Netsoins.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 20 maintenue jusqu'à transmission de preuve de mise en œuvre.</p>
<p>Remarque 21 : Les protocoles de chutes sont rédigés par le siège et ne sont pas travaillés en lien avec les professionnels de l'EHPAD, ce qui limite leur appropriation par le personnel.</p>	<p>Recommandation 21 : Afin de permettre une bonne appropriation des protocoles, la mission recommande l'organisation de temps de réunion avec les équipes de soins pour échanger sur ces outils de travail.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 21 levée.</p>
<p>Remarque 22 : La procédure nationale Korian relative à la prise en charge de la douleur n'est pas connue par l'ensemble des personnels rencontrés.</p>	<p>Recommandation 22 : Afin de permettre une bonne appropriation des protocoles, la mission recommande l'organisation de temps de réunion avec les équipes de soins pour échanger sur ces outils de travail.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 22 levée.</p>
<p>Remarque 23 : Les protocoles relatifs à la prévention des escarres ne sont pas connus par l'ensemble des personnels rencontrés.</p>	<p>Recommandation 23 : Afin de permettre une bonne appropriation des protocoles, la mission recommande l'organisation de temps de réunion avec les équipes de soins pour échanger sur ces outils de travail.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 23 levée.</p>

Remarque 24 : En raison de problème de WIFI, la traçabilité des soins ne se fait pas toujours en temps réels, malgré la mise à disposition de tablettes.	Recommandation 24 : La mission recommande à l'établissement de régler les problèmes de wifi, et de sensibiliser les personnels à l'utilisation des tablettes pour une traçabilité en temps réel des soins.	3 mois		Recommandation 24 levée.
Remarque 25 : La pièce de stockage de médicaments contient des chariots, un aspirateur, des sets à perfusion, un extracteur d'oxygène, des cartons ; ce qui rend difficile l'accès aux équipements.	Recommandation 25 : Un rangement de la pièce de "stockage infirmier" est souhaitable, afin de faciliter le travail du personnel et l'accès aux équipements.	1 mois		Recommandation 25 levée.
Remarque 26 : Le personnel interrogé a signalé des difficultés en cas de nécessité de traitement d'urgence, les obligeant à recourir à une pharmacie de proximité, et ce, en contradiction avec le paragraphe 2.3 de la convention prévoyant la possibilité de livraison d'urgence dans les 4 heures.	Recommandation 26 : La mission recommande à l'établissement de trouver une solution pour la livraison en urgence des traitements lorsque nécessaire.	3 mois		Recommandation 26 levée.
Remarque 27 : Certains médicaments sont pilés sans vérification préalable auprès de la pharmacie de l'impact éventuel sur le principe actif. La section ou l'écrasement de médicaments sans consultation préalable d'une liste de médicaments à précautions particulières expose à une perte d'efficacité ou à une toxicité du médicament.	Recommandation 27 : Demander à la pharmacie la liste des médicaments ne pouvant être pilés ; pour ceux-ci, avoir recours à une autre forme galénique.	3 mois		Recommandation 27 levée.
Remarque 28 : Le relevé de la température n'a pas été réalisé tous les jours sur le mois d'octobre.	Recommandation 28 : L'équipe d'inspection recommande l'enregistrement en continu de la température du réfrigérateur dédié aux médicaments thermosensibles.	3 mois		Recommandation 28 levée.