

Direction Générale

Service émetteur :

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :



EHPAD SAINT-BENOIT

Monsieur Alain PAGNIEZ

2 rue du Commandant Bourges
08350 DONCHERY

Objet : Décision administrative, suite à inspection de l'EHPAD Saint-Benoît à DONCHERY

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations

Monsieur le Directeur,

Nous avons diligenté, le 3 septembre 2024 une inspection à l'EHPAD Saint-Benoît à DONCHERY.

Nous vous avons transmis le 17 mars 2025 le rapport d'inspection et les décisions que nous envisagions de prendre.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons demandé de nous présenter, dans le délai d'un mois, vos observations sur les mesures correctives envisagées.

Nous vous remercions pour la transmission de vos observations en date du 30 avril, dans le délai convenu après l'acceptation de votre demande de report.

Après avoir étudié vos observations et pris en compte les actions d'ores et déjà mises en œuvre qui ont permis de lever certaines prescriptions et recommandations nous vous notifions la présente décision.

Prescriptions

Les prescriptions n° 1, 3, 4, 5, 11, 12 sont levées. Les autres prescriptions sont maintenues sous réserve de la production des pièces et justificatifs de leur mise en œuvre.

Ecart n° 9 :

Nous avons pris en compte votre réponse ; néanmoins, nous vous remercions de transmettre le protocole de travail précisant les modalités d'encadrement des agents de soins par des personnels qualifiés, en cohérence avec leurs compétences, ainsi que les fiches de poste mises à jour ou, à défaut, un plan de formation ou de redéploiement du personnel.

La prescription est maintenue.

Recommandations :

Les recommandations n°1 à 6, 10 à 18, 20, 22, 23, 25 à 27 et 29 à 36 sont levées. Les autres recommandations sont maintenues sous réserve de la production des pièces et justificatifs de leur mise en œuvre.

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures maintenues dans le tableau en annexe.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application Télerecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

Vous adresserez, dans les délais mentionnés après réception du présent courrier, les éléments justificatifs des mesures mises en œuvre et demandées à la **Délégation Territoriale des Ardennes (ars-grandest-dt08-posa@ars.sante.fr)**

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

La Directrice Générale
De l'Agence Régionale de Santé Grand Est

Le Président
du Conseil Départemental des Ardennes

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
Pour la directrice générale et par délégation - Le Directeur Général Adjoint
Pilotage et Territoire,
Mili SPAHIC
Nancy le 09/07/2025

Dr Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL

Noël BOURGEOIS

Noel BOURGEOIS
2025.07.07 20:48:53 +0200
Ref:9065625-13644725-1-D
Signature numérique
Le Président du Conseil Départemental



Copie :
ARS Grand Est : Délégation Territoriale des Ardennes
Direction de l'Autonomie
Conseil Départemental des Ardennes

Annexe

Tableau récapitulatif des prescriptions et recommandations définitivement maintenues, en lien avec les constats déclinés en écarts et en remarques.

Prescriptions				
	Ecart (référence)	Page du rapport	Libellé de la prescription envisagée	Délai de mise en œuvre
E 1	Le projet d'établissement n'est pas à jour. L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF	8	L'établissement doit mettre à jour son projet d'établissement conformément à l'article L. 311-8 du CASF, en concertation avec l'ensemble des parties prenantes	Levée
E 2	Le Directeur de l'EHPAD a indiqué à la mission d'inspection être d'astreinte en semaine de façon continue tout au long de l'année ; Ce qui contrevient à l'Article 24 du décret 2002-9 du 4 janvier relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière	10	L'établissement doit revoir l'organisation des astreintes afin de se conformer aux dispositions réglementaires et garantir la rotation ou la délégation des astreintes	Maintenue 3 mois
E 3	Le règlement de fonctionnement n'est pas à jour. Cela contrevient à l'article R.311-33 du CASF, qui prévoit une un cycle de révision ne pouvant être supérieur à 5 ans	11	L'établissement doit revoir son règlement de fonctionnement	Levée
E4	Le livret d'accueil à l'attention des nouveaux résidents à l'EHPAD n'est pas à jour, ce qui contrevient à l'article I 311- 4 du CASF	11	Le livret d'accueil destiné aux nouveaux résidents doit être actualisé et présenté aux instances	Levée
E5	Au jour de l'inspection, seul 1 CVS a été tenu en date du 18 avril 2024 ce qui contrevient à l'article D. 311-16 du CASF	11	L'établissement doit garantir la tenue trois Conseils de Vie Sociale au minimum par an. A cette fin, un calendrier annuel des instances de l'établissement est transmis tous les ans à la DT ARS et au CD des Ardennes	Levée
E6	En l'absence de médecin coordonnateur, la commission de coordination gériatrique n'est pas en place, au jour de l'inspection, ce qui constitue un écart à l'article D. 312-158 du CASF	11	Prévoir la mise en place de la CCG <u>fiche-repere_commission_coordination_geriatrice.pdf</u>	Maintenue 6 mois
E7	La mission relève une humidité importante dans le local DASRI, attribuable à l'absence de ventilation adéquate, de bonde au sol, et à la présence d'un bac de désinfection. De plus, le bac de désinfection de matériel est placé dans le local de stockage de déchets. Cette situation ne respecte pas les dispositions de l'article 8 de l'arrêté du 7	14	L'établissement doit mettre en conformité le local DASRI. Cela inclut l'installation d'une ventilation adéquate, la création d'une bonde au sol ainsi séparation des zones de désinfection du matériel et de stockage des déchets	Maintenue 3 mois

	septembre 1999 concernant les modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés ainsi que des pièces anatomiques			
E8	Absence de médecin coordonnateur	16	Transmettre les éléments attestant de la recherche de médecin coordonnateur et transmettre la stratégie envisagée dans le cadre du regroupement des 3 EHPAD (temps mutualisé, télécoordination, etc...)	Maintenue 6 mois
E9	Des agents de soins non qualifiés ou des auxiliaires de vie dispensent des soins de jour et de nuit aux résidents sans encadrement direct par un personnel qualifié entraînant un glissement de tâches, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.312-1 II du CASF	19	Les tâches de agents de soins doivent correspondre à leurs qualifications. Les fiches de postes revues des agents de soins doivent être transmises ou un plan de formation ou un redéploiement du personnel doit être transmis	Maintenue 2 mois
E10	Les protocoles de soins ne sont pas revus en équipe pluridisciplinaire ce qui contrevient à l'article R4311-8 et 4311-14 du code de santé publique et L 313-26 du CASF	22	L'établissement doit organiser des réunions régulières de revue des protocoles de soins en équipe pluridisciplinaire. Le planning des réunions pluridisciplinaires doit être transmis	Maintenue Sans délai
E11	Les agents sociaux assurent la distribution de médicaments, sans avoir suivi de formation, ce qui contrevient aux articles R 4311- 3 et R 4311-4 du code de santé publique et à l'art. L 313-26 du CASF	26	La distribution des médicaments doit être exclusivement assurée par des professionnels habilités. L'organisation formalisée de la distribution doit être transmise	Levée
E12	Il est constaté l'absence de PPA pour chaque résident accueilli au sein de l'EHPAD ce qui contrevient à l'article D312-155-0, 3°du CASF	28	Des PPA doivent être élaborés pour chaque résident. Un échéancier de rédaction de l'ensemble des PAP doit être transmis	Levée

Prescriptions

	Remarque Majeure	Page du rapport	Libellé de la prescription envisagée	Délai de mise en œuvre
RM 1	La composition, le volume et la gestion du stock tampon de la structure ne sont pas satisfaisants au vu des risques encourus en matière de sécurité médicamenteuse	24	L'établissement doit transmettre la formalisation de la gestion des stocks formalisée par la convention avec l'officine dispensatrice	Levée
RM 2	L'état récapitulatif des stupéfiants présents dans le coffre n'est pas à jour au moment de l'inspection sur site	25	Mettre à jour l'état récapitulatif des stupéfiants présents dans le coffre et établir un protocole de contrôle hebdomadaire pour garantir la traçabilité des stupéfiants.	Levée
RM 3	Le chariot d'urgence n'est pas stocké dans la salle de soins mais dans le local de l'animatrice. Par ailleurs, il n'est pas scellé au moment de la visite et il contient de la morphine qui n'est pas un médicament destiné à l'urgence vitale	26	Repositionner le chariot d'urgence dans la salle de soins, sceller le chariot et retirer les médicaments non destinés à l'urgence tels que la morphine.	Levée

Recommandations				
	Remarque	Page du rapport	Libellé de la recommandation envisagée	Délai de mise en œuvre
R 1	Il n'a pas été transmis le plan d'actions proposé lors de la visite	8	Transmettre le plan d'actions de l'établissement	Levée
R 2	L'Établissement n'a pas fourni de document de délégation précisant les compétences et les missions du Directeur	10	Établir un document de délégation précisant les compétences et missions du Directeur, validé par le Conseil d'administration.	Levée
R 3	L'organigramme ne comporte pas la précision des fonctions ainsi que le niveau hiérarchique associé aux différents postes et les interactions entre les différents services.	10	Mettre à jour l'organigramme de l'établissement en précisant le niveau hiérarchique en lien avec la fonction de direction, de coordination	Levée
R 4	Le document relatif à la continuité de la fonction de direction transmis n'est pas daté ni signé, ni validé par le conseil d'administration de l'établissement	10	Mettre à jour le document relatif à la continuité de la fonction de direction en le datant, le signant et en le faisant valider par le Conseil d'administration.	Levée
R 5	Le règlement de fonctionnement n'est pas remis aux professionnels arrivant à l'EHPAD	11	Transmettre la procédure pour la remise systématique du règlement de fonctionnement aux professionnels dès leur arrivée à l'EHPAD.	Levée
R 6	Il n'a pas été transmis à la mission d'inspection les comptes-rendus de réunions de CSE pour les années 2023, 2024. Un seul compte-rendu de CSE a été transmis en date du 04 février 2022	11	Transmettre le calendrier des CSE pour 2025	Levée
R 7	La mission constate une absence générale d'entretien et de mise en conformité des espaces et équipements de l'établissement ainsi que l'absence d'organisation et d'identification des espaces de stockage	13	Transmettre la procédure de d'identification et d'organisation des espaces de stockage ainsi qu'une planification d'entretien destiné aux 2 agents techniques	Maintenue 6 mois
R 8	La zone de production de la cuisine est distincte de la zone de stockage de réserve alimentaire. Elle est séparée par le couloir principal de zone de circulation des résidents. Cette configuration entraîne de nombreux allers-retours ce qui nuit aux règles d'hygiène. Cette organisation compromet le respect des règles d'hygiène alimentaire	14	Revoir l'organisation et la gestion des espaces de restauration pour garantir le respect des règles d'hygiène alimentaire.	Maintenue 1 an
R 9	Les dispositifs anti-fugues sont obsolètes.	15	Dans l'attente de la modification des dispositifs, mettre en place un contrôle régulier de leur fonctionnement par les agents techniques	Maintenue Sans délai
R 10	Absence de procédure d'admission	16	Élaborer une procédure d'admission formalisée, incluant les fonctions de chaque professionnel	Levée

R 11	A ce jour, le rôle de l'IDEC est multiple. Elle assure des soins, ainsi que des missions organisationnelles et managériales	17	Clarifier les missions de l'IDEC afin de délimiter ses responsabilités organisationnelles et managériales.	Levée
R 12	La mission d'inspection n'a pas été destinataire du justificatif de formation d'IDEC.	17	Fournir à la mission d'inspection le justificatif de formation de l'IDEC	Levée
R 13	L'établissement n'a pas transmis les diplômes des professionnels travaillant à l'EHPAD Les plannings n'identifient pas le nombre et la qualification de soignants pas journée	18	Transmettre les copies des diplômes des professionnels travaillant à l'EHPAD	Levée
R 14	L'étude des plannings n'est pas exploitable. Les plannings n'identifient pas le nombre et la qualification de soignants pas journée. En effet, les plannings transmis renseignent des personnes comme étant aides-soignants puis un autre planning les identifient comme AES	18	Réviser les plannings pour identifier clairement le nombre et la qualification des soignants chaque jour. Transmettre les plannings de janvier 2025	Levée
R 15	Les fiches de poste ne sont pas nominatives ni signées par les professionnels afin de s'assurer qu'ils en ont pris connaissance.	18	Réaliser des fiches de poste nominatives, adaptées à chaque professionnel, et les faire signer par les intéressés pour garantir qu'ils en ont pris connaissance.	Levée
R 16	La mission n'a pas été destinataire de plan de formation annuel 2022 et 2023 ni des formations réalisées	19	Transmettre le plan de formation annuel 2025	Levée
R 17	La traçabilité de la surveillance du poids n'est pas assurée dans la rubrique prévue à cet effet dans le dossier NETSOINS.	20	Compléter les fiches de postes des soignants afin de préciser les prérogatives de chaque soignant (cf. remarque 15)	Levée
R 18	Le personnel soignant est insuffisamment sensibilisé à l'hygiène bucco-dentaire de la personne âgée dépendante	21	Mettre en place des sessions de formation spécifiques pour sensibiliser le personnel soignant à l'importance de l'hygiène bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes	Levée
R 19	La mission relève l'absence d'évaluation gériatrique standard dans les dossiers médicaux des résidents, en l'absence de médecin coordonnateur	23	Mettre en place une procédure d'évaluation gériatrique standardisée dans les dossiers médicaux,	Au recrutement du médecin coordonnateur
R 20	Les piluliers ne comportent pas tous la photo du résident	24	Transmettre les photos de l'ensemble des piluliers et veiller à ce que la photo de chaque résident soit systématiquement intégrée sur les piluliers pour renforcer la sécurité des soins	Levée
R 21	Le local à pharmacie est insuffisamment rangé avec beaucoup de matériel en plus des deux chariots à médicaments et des stocks de médicaments hors piluliers	24	Revoir l'organisation du local à pharmacie en lien avec l'officine dispensatrice	Maintenue 3 mois

R 22	Le coffre destiné aux effets personnels était ouvert et non sécurisé le jour de l'inspection sur site	24	Vérifier et sécuriser le coffre destiné aux effets personnels, en s'assurant qu'il est toujours verrouillé lorsque non utilisé. Sensibiliser le personnel sur l'importance de la sécurité des biens des résidents.	Levée
R 23	Le réfrigérateur dédié aux médicaments thermosensibles présente une importante couche de givre pouvant interférer avec la bonne conservation des produits thermolabiles	25	Dégivrer le réfrigérateur et vérifier son bon fonctionnement. Transmettre la planification du suivi régulier de l'entretien par les agents techniques	Levée
R 24	Il n'y a pas de questionnaire de satisfaction effectué auprès des résidents. Lors du repas, le jour de l'inspection, les résidents font état de viande immangeable, ils laissent la viande dans l'assiette	27	Mettre en place et transmettre l'analyse du questionnaire de satisfaction annuel pour les résidents et leurs familles afin d'évaluer et d'améliorer la qualité des repas.	Maintenue 6 mois
R 25	Il n'y a pas de CR formalisé de la commission de menus qui pourrait être transmis au CVS pour information et propositions	27	Formaliser les réunions de la commission des menus avec des comptes-rendus transmis au CVS pour améliorer la transparence et permettre des ajustements en fonction des retours. Transmettre le dernier CR de commission de menus	Levée
R 26	Il n'y a pas d'élaboration de régime diabétique ou enrichi pour les résidents dénutris ou porteurs d'escarre comme c'est le cas le jour de l'inspection. L'absence de suivi spécialisé de la conception des menus peut compromettre l'équilibre nutritionnel des repas proposés	27	Élaborer des régimes spécifiques (diabétiques, enrichis) sous la supervision d'un diététicien ou nutritionniste pour répondre aux différents besoins des résidents. Transmettre les différents types régimes élaborés par l'EHPAD	Levée
R 27	Le repas du soir est servi à 18h00 pour un petit déjeuner à partir de 8h00 jusque 10h. Cet écart de plus 14 heures entre les repas peut être préjudiciable pour certains résidents, particulièrement les plus fragiles. Le repas du soir pour les résidents en perte d'autonomie est servi en chambre	27	Transmettre l'organisation ainsi que les horaires des différents repas afin de réduire l'écart de jeûne des résidents	Levée
R 28	Le PASA est régulièrement fermé. En raison des nombreuses tensions en ressources humaines au sein de l'établissement., l'activité du PASA sert souvent de variable d'ajustement dans le cadre de la régulation des effectifs	28	Transmettre l'organisation en mode dégradé afin de garantir l'ouverture régulière du PASA	Maintenue 1 an
R 29	La mission constate la présence de produits périmés dans le frigo du PASA	28	Mettre en place un contrôle hebdomadaire des produits stockés dans le frigo du PASA et éliminer systématiquement les produits périmés.	Levée
R 30	Le PAP n'est pas élaboré dans les 3 mois après l'accueil du résident	28	Revoir les fiches de poste afin d'affecter une personne responsable du suivi systématique pour garantir que les PAP sont élaborés dans les 3 mois suivant l'accueil des résidents.	Levée

R 31	Lors de l'inspection, des panneaux dits « d'orientation temporelle » pour les résidents dans les couloirs indiquent un jour différent	29	Revoir les fiches de poste afin d'affecter une personne responsable de la mise à jour des tableaux d'orientation temporelle	Levée
R 32	L'équipe d'inspection constate que la bibliothèque est fermée à clef sans mise à disposition de clefs pour les résidents	29	Revoir les fiches de poste afin d'affecter une personne responsable de l'accès à la bibliothèque	Levée
R 33	Les temps de transmission ne sont actuellement pas inclus dans le temps de travail des agents de l'EHPAD	30	Réorganiser les plannings et décaler les horaires de professionnels pour inclure les temps de transmission dans les horaires de travail, en tenant compte des besoins organisationnels.	Levée
R 34	Les dossiers des résidents sont rangés dans une armoire non fermée à clef qui se situe dans la salle de transmissions	30	Fermer les armoires à clef dans la salle de transmission pour sécuriser les dossiers des résidents et limiter les accès non autorisés et identifier le process pour les IDE	Levée
R 35	La mission a constaté une absence de prévention visible du risque de maltraitance.	31	Mettre en place et transmettre un plan de prévention de la maltraitance incluant des affichages, des formations régulières pour le personnel, et des protocoles de signalement clairs.	Levée
R 36	Le plan bleu vise principalement une période de canicule. Quelques documents épars font état d'action d'isolement des résidents à mettre en œuvre notamment en cas d'épidémie de grippe	32	Compléter et transmettre le plan bleu pour inclure des actions précises en cas d'épidémies ou de crises sanitaires autres que la canicule, et former le personnel à sa mise en œuvre.	Levée