

Direction Générale

Service émetteur :

Monsieur Sébastien PIEDFERT
Directeur EHPAD Pierre d'ARCIS
2 rue des Murs
10700 ARCIS SUR AUBE

Objet : Décision administrative, suite à inspection à l'EHPAD Pierre d'Arcis à ARCIS SUR AUBE

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations

Nous avons diligenté, le 4 juillet 2023, une inspection à l'EHPAD Pierre d'Arcis, géré par le Centre Hospitalier HOPITAUX CHAMPAGNE SUD.

Nous vous avons transmis le 5 octobre 2023 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 avons réceptionné votre réponse en date du 16 novembre 2023.

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

Prescriptions

Toutes les prescriptions sont maintenues dans l'attente de leur mise en œuvre et de la fourniture des éléments probants.

Recommandations

5 recommandations sur 43 sont levées.

Les recommandations sont maintenues sous réserve de la production des pièces et justificatifs concernant leur mise en œuvre.

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures retenues 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 :

Délégation Territoriale de l'Aube
Citée administrative des Vassaules
CS 60 763
TROYES CEDEX

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

Virginie CAYRÉ


Signé électroniquement par :
Virginie CAYRÉ
Date de signature :
15/03/2024
Qualité : Directrice Générale

Le Président du Conseil Départemental
de l'Aube


Philippe PICHERY

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

Annexe 1

**Tableau récapitulatif des prescriptions et recommandations maintenues
en lien avec les constats déclinés en écarts et en remarques**

| Prescriptions | | | |
|----------------------|---|---|-------------------------------|
| ECART | | PRESCRIPTION | DECISION Délai |
| E1 | Le contenu du projet d'établissement n'est pas conforme à l'Art. L.311-8 du CASF. | Compléter le contenu du projet d'établissement Pas de plan d'action avec objectif / action / échéance envisagé par thématique. | Maintenue 6 mois |
| E2 | L'absence de commission gériatrique n'est pas conforme à l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles | Procéder au recrutement d'un médecin coordonnateur afin de mettre en place la CG Recrutement infructueux | Maintenue 6 mois |
| E3 | l'EHPAD ne dispose pas de médecin coordonnateur à hauteur de 0,8 ETP ce qui n'est pas conforme au décret du 27 avril 2022. | Procéder au recrutement d'un médecin coordonnateur Recrutement infructueux | Maintenue 6 mois |
| E4 | La mise sous contention actuelle à l'EHPAD d'ARCIS n'est pas conforme à l'art. R4311 du CSP. | Vérifier et ajuster les protocoles de soins. Revoir le protocole concernant la mise sous contention, son respect et application par le personnel en s'appuyant sur les recommandations de l'HAS. | Maintenue Immédiat |
| E5 | L'art. L.1111-11 du CSP concernant les directives anticipées n'est pas respecté dans tous les dossiers médicaux. | Vérifier l'intégralité des dossiers des résidents et compléter si besoin par les directives anticipées. L'établissement a obligation d'informer le résident de cette possibilité, l'équipe d'inspection n'ayant pas trouvé la traçabilité d'un tel document dans tous les dossiers. | Maintenue 6 mois |
| E6 | L'absence d'évaluation de prescription médicale depuis 2021 pour la mise en place d'une contention n'est pas conforme à l'art. R4311 du CSP | Organiser une commission d'évaluation des traitements avec les médecins traitants Revoir le protocole concernant la mise sous contention, son respect et application par le personnel | Maintenue Immédiat |
| E7 | Le contenu du coffre de stupéfiants n'est pas conforme à l'article R 5132-80 du CSP. | Vider le coffre à stupéfiants des éléments qui n'ont rien à y faire et organiser le contrôle du contenu. Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |

| | | | |
|-----------|---|--|-------------------------------|
| E8 | L'art. R4211-23 précise que les officines de pharmacie et les pharmacies à usage intérieur collectent gratuitement les médicaments non utilisés, contenus le cas échéant dans leurs conditionnements, qui leur sont apportés par les particuliers. Etant précisé dans la convention que les résidents ont le choix de leur pharmacie, et que leur accord est demandé, ils sont bien considérés comme étant particuliers, résidant dans un EHPAD | Revoir avec la pharmacie les conditions de récupération des traitements et médicaments stupéfiants en fin de traitement. La convention étant ancienne et ne stipulant pas ce retour est à renégocier. Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |
| E9 | Les infirmiers ne tracent pas l'intégralité de leurs actes dans le dossier de soins tel que prévu par l'art. R4312-35 du CSP. | Veiller au respect de la réglementation en ce qui concerne la traçabilité des soins et prestations de médicaments dans le dossier de soins des résidents par les infirmiers Réponse de la direction hors sujet | Maintenue Immédiat |

| Recommendations | | | |
|-----------------|---|--|---|
| REMARQUES | | RECOMMANDATION | DECISION DELAI |
| R1 | La continuité de la fonction du directeur est assurée, mais elle ne repose que sur une seule personne ce qui présente un risque pour la structure lors d'un évènement grave et en l'absence de possibilité de joindre le directeur. | Revoir l'organisation de la continuité de la fonction de direction Pas de réflexion sur la continuité de la fonction de direction | Maintenue 3 mois |
| R 2 | La date de validation du règlement de fonctionnement est à réajuster | Rectifier la date de validation du RF Pas de copie. | Maintenue sous réserve de la production de la preuve |
| R3 | L'absence d'équipe de direction ne permet la tenue d'un CODIR au sein de l'EHPAD | Revoir l'organisation actuelle de l'encadrement Pas de réflexion sur l'organisation d'une équipe de direction avec suivi et traçabilité des échanges / réunion | Maintenue 3 mois |
| R4 | Le PASA n'est plus utilisé depuis plusieurs mois | Remettre en place le PASA Réouverture le 6/09/2023 | Levée |

| | | | |
|------------|--|--|-----------------------------------|
| R5 | Les dangers concernant l'accès à certains locaux sensibles ne sont pas identifiés comme tels. | Réaliser la cartographie des risques liés à la structure des locaux Pas d'élément fourni | Maintenue 3 mois |
| R6 | Les accès extérieurs ne sont pas tous accessibles aux fauteuils roulants. | Vérifier l'accessibilité des extérieurs Inscrit au PPI 2024 pour installation de portes automatiques ; Pour rappel, il est prévu dans le CPOM 2020-2025 que <i>le gestionnaire veillera à respecter les normes en vigueur en matière de sécurité et d'accessibilité aux personnes accueillies</i>. | Maintenue |
| R7 | L'aspect de certaines chambres reste à rénover. | Prévoir la rénovation des chambres encore en état peu attractif. Non prévu au PPI 2024 Pour rappel, dans la synthèse du diagnostic partagé, page 25, il est noté à faire un plan d'entretien et de rénovation du patrimoine et des chambres (dégradation du bâtiment, vétusté des chambres et du mobilier). Plan non proposé à la mission d'inspection | Maintenue 1 an |
| R8 | Les résidents en chambre double ne disposent pas de sanitaire individuel | IDEML R7 Non prévu au PPI 2024 Pour rappel, page 26 du CPOM, projet de suppression des chambres doubles pour rendre attractif l'établissement et améliorer les conditions d'hébergement et l'accueil hôtelier. | Maintenue 1 an |
| R9 | En dehors du local DASRI identifié et sécurisé, le stockage des produits, matériels et dispositifs médicaux, produits de soins, produits d'entretien, n'est pas sécurisé, pas rangé. Tout est mélangé. | Mettre en place une organisation des locaux qui répondent aux besoins de stockage selon les produits ou matériels. La signalétique sera à compléter et finaliser. Pas d'organisation de l'affectation des locaux de stockage envisagée, malgré les stocks importants visualisés lors de la visite d'inspection. Signalétique non envisagée. | Maintenue 3 mois |
| R10 | Toutes les chambres ne disposent pas de rails de transfert. | Prévoir l'équipement des chambres le nécessitant Non prévu au PPI 2024 | Maintenue 1 an |

| | | | |
|-----|--|---|-----------------------|
| R11 | La gestion des consommables n'est pas organisée | Organiser la gestion des consommables ainsi que l'ensemble des produits / matériels / dispositifs divers à destination des équipes soignantes mais aussi d'hygiène, restauration. Pour rappel, il est prévu dans le CPOM 2020-2025, que le gestionnaire mette en œuvre une stratégie d'optimisation des achats et des transports en tant que levier majeur de performance et d'efficience des ESMS | Maintenue 3 mois |
| R12 | La gestion des protections n'est pas formalisée | IDEM R11 Pour rappel, il est prévu dans le CPOM 2020-2025, que le gestionnaire mette en œuvre une stratégie d'optimisation des achats et des transports en tant que levier majeur de performance et d'efficience des ESMS | Maintenue 3 mois |
| R13 | Les résidents peuvent rester plus de 8 heures par jour / nuit avec la même protection, ce qui ne concourt pas à un confort optimal de la personne. | Adapter le rythme des changes aux résidents tout en privilégiant l'accompagnement aux sanitaires au moins la journée. L'argumentaire produit explique l'organisation. L'incidence du port de protections la journée peut mettre en cause la dignité et le respect de la personne, c'est la raison pour laquelle l'équipe d'inspection insiste sur ce point. L'accompagnement aux sanitaires pour les personnes continentées doit cependant rester la priorité au moins la journée. Le plan de soins individuel doit être l'outil de suivi de la réalisation de ces soins. | Levée |
| R14 | Les deux IDEC sont absentes concomitamment sur les mêmes périodes de repos et de congés. | Revoir l'organisation des temps de travail L'objectif est de sécuriser la continuité de la prise en charge et les équipes. | Maintenue 6 mois |
| R15 | Les attestations de formation ne sont pas des diplômes | Récupérer les diplômes des personnels ayant fourni des attestations de formation. Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |
| R16 | Une auxiliaire de puériculture n'a pas les mêmes fonctions qu'une AS. | Prévoir la VAE pour l'AP. Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |
| R17 | L'organisation des soins actuelle ne répond pas aux besoins des résidents quant aux heures de coucher. | Réinterroger l'organisation des soins afin de mieux répondre aux besoins des résidents Fournir les PPA des résidents couchés à 14h et 16H30. | Maintenue Immédiat |
| R18 | L'accueil des intérimaires / nouveaux arrivants n'est pas formalisé. | Formaliser à l'aide de documents (livret d'accueil par exemple) et doublure l'arrivée des nouveaux salariés | Levée |

| | | Fait | |
|-----|--|---|-----------------------|
| R19 | Le personnel ne bénéficie pas de fiche de poste individualisée, datée et signée. | Compléter les fiches de postes. Il s'agit d'une remarque afin de personnaliser les postes de travail, servir de base à l'entretien annuel d'évaluation. | Maintenue 6 mois |
| R20 | Les documents présentés comme étant des fiches de poste ne sont pas harmonisés sur la forme | Harmoniser les outils RH. Non réalisé. | Maintenue Immédiat |
| R21 | Le nombre de chutes est en augmentation de manière exponentielle sans qu'il y ait d'analyse réalisée. | Mettre en place des temps de réflexion sur les pratiques professionnelles, analyse des évènements indésirables La prévention et la réduction des chutes doit rester une priorité qui s'inscrit dans les enjeux nationaux du plan antichute. La direction doit s'emparer de cette orientation pour mettre en place une réflexion au sein de l'établissement. | Maintenue 6 mois |
| R22 | Le nombre important de toilettes à effectuer par soignant ne permet pas un soin de nursing de confort et de qualité pour le résident. Ce constat ne fait l'objet d'aucune réflexion. | Un audit organisation date de 2018, non transmis à l'inspection. | Levée |
| R23 | Les protocoles sont anciens, méconnus et peu ou pas utilisés et aucune réflexion n'est actuellement en place ni planifiée pour les adapter. | Revoir et adapter les protocoles Se rapprocher du CH de rattachement | Maintenue 6 mois |
| R24 | La multiplicité des supports du dossier médical de chaque résident pourrait être source d'erreur et de perte d'information. | Regrouper l'ensemble des supports du dossier médical en un seul document. Non traité avec l'équipe soignante et médicale afin de finaliser sur un seul support le dossier médical | Maintenue 3 mois |
| R25 | La désignation de la personne de confiance n'est pas systématique dans les dossiers des résidents comme le recommande l'HAS (2016). | Compléter les dossiers des résidents avec le document de désignation de la personne de confiance L'établissement a obligation d'informer le résident de cette possibilité, l'équipe d'inspection n'ayant pas trouvé la traçabilité d'un tel document dans tous les dossiers. (loi ASV 2016 décret art. L 311- 5-1 du CASF) | Maintenue 3 mois |

| | | | |
|-----|--|--|---------------------------|
| R26 | Il n'y a pas de protocole de surveillance de la glycémie et le suivi est peu formalisé (cahier ou carnet individualisé). | Travailler sur les protocoles : adapter les anciens si besoin et conceptualiser ceux à mettre en place afin de faciliter les prises de poste, mais aussi harmoniser les pratiques soignantes, ce qui sécurise les soins La mise en place est à réaliser par les IDE pour validation auprès du médecin traitant | Maintenue 3 mois |
| R27 | Le rangement des médicaments / traitements est à organiser de manière fonctionnelle dans un espace suffisant et adapté. | Poursuivre le rangement de la pharmacie Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |
| R28 | Le nettoyage des éléments de distribution des médicaments ne respecte pas les règles de bonnes pratiques et le tout reste étalé sur un torchon en attente d'être séché. | Effectuer le nettoyage des ustensiles servant à la distribution des médicaments en respectant les règles d'hygiène Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |
| R29 | La quantité de matériel de soins stocké est très importante. | Identifier les besoins réels en matériel ou dispositif de soins Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |
| R30 | Les médicaments ne font pas l'objet d'un classement spécifique avec identification d'un stock tampon listé par la pharmacie, (en l'absence de MEDEC), un stock médicament si besoin et / ou suspendu ou terminé. | Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |
| R31 | Les infirmiers n'ont pas mis en place d'outil de traçabilité et de vigilance de l'organisation du circuit du médicament. | Revoir l'intégralité du circuit du médicament afin de le sécuriser à chaque étape Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |
| R32 | Il n'y a pas de réfrigérateur dédié pour le Maintenue des médicaments thermolabiles dans la salle de soins | Mettre en place une surveillance du contenu du réfrigérateur de l'infirmérie Pas d'action mise en place concernant la surveillance du contenu | Maintenue Immédiat |
| R33 | Il n'y a pas de contrôle effectué par les IDE lors de la réception des sachets individuels, ni lors de la distribution. | Mettre en place les outils ou matériel nécessaire au contrôle des médicaments à distribuer Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |
| R34 | Les IDE ne déclarent pas les événements indésirables liés au circuit du médicament, ce qui ne permet pas une visibilité sur les problèmes éventuels | Revoir l'organisation de la déclaration des EI et EIG Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |
| R35 | Les prescriptions médicales sont manuscrites et ne font pas l'objet d'une transmission dans NETSOINS. | Inciter les médecins à prescrire dans NETSOINS Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |

| | | | |
|------------|--|---|---------------------------|
| R36 | L'absence d'un chariot d'urgence conforme à ce qui a été acté dans la procédure 2018. | Mettre en place un chariot / sac à dos / mallette d'urgence et se rapprocher du service des urgences pour établir la liste des médicaments Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |
| R37 | Il n'y a pas de réflexion collective incluant les résidents, leurs familles et l'équipe soignante sur la qualité des repas et la composition des menus. | Mettre en place une commission « menus » Questionnaires de satisfaction transmis Sujet évoqué lors des CVS | Levée |
| R38 | Tous les PPA ne sont pas réajustés à partir des actions réalisées pour le résident. | Mettre à jour les PPA en temps réel Pas d'élément fourni | Maintenue 3 mois |
| R39 | La fonction de coordination n'est pas totalement investie par les deux IDEC, en particulier sur les missions d'encadrement et n'est pas organisée entre les deux IDEC. | Mettre en application les missions telles que listées dans la fiche de poste en organisant une répartition de ces missions entre les deux IDEC. Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |
| R40 | Des actions et des projets sont mis en place sans qu'ils soient inscrits dans une démarche qualité. | Mettre en place la démarche qualité et se rapprocher de la direction de la qualité du centre hospitalier de Troyes Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |
| R41 | Le circuit du traitement des EI et EIG n'est pas complètement maîtrisé par le personnel. | Prévoir une information / formation à destination du personnel sur le circuit du médicament et le mettre en pratique au quotidien (RETEX) Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |
| R42 | La gestion de crise ne fait pas l'objet de formation pour le personnel | Prévoir des actions de formation sur la gestion de crise Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |
| R43 | Il n'y a pas de local plan bleu identifié et les éléments destinés à la gestion d'une crise (équipement, matériel, ...) ne sont pas listés ni rangés dans un même lieu connu du personnel. | Organiser un local plan bleu, l'identifier pour le rendre visuel au personnel. Dresser la liste des équipements / matériels nécessaires à une gestion de crise Pas d'élément fourni | Maintenue Immédiat |