

ARS Grand Est - Direction Générale

Service émetteur :

Direction Inspection Contrôle Evaluation

Affaire suivie par :

Courriel :

Mme Valérie JAQUELOT

Direction EHPAD Sarraill

21 rue Jean Henry Fabre

51000 CHALONS EN CHAMPAGNE

Conseil Départemental de la Marne

Affaire suivie par :

Nos réf. :

Objet : Décision administrative, à la suite d'inspection

Madame la Directrice,

Nous avons diligenté, le 20 février 2024, une inspection à l'EHPAD Sarraill, géré par le Centre Communal d'Action Sociale de CHALONS EN CHAMPAGNE.

Nous vous avons transmis le **29 mai 2024** le rapport d'inspection et les décisions que nous envisageons de prendre.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons demandé de nous présenter, **dans le délai de 1 mois**, vos observations sur les mesures correctives envisagées dans le cadre de la procédure contradictoire vous octroyant ce délai de réponse.

Nous n'avons réceptionné aucune réponse de votre part, en date de ce jour, 28 août 2024.

En conséquence, les mesures demandées dans le tableau des écarts et remarques, est réputé définitif en l'absence d'éléments contradictoires.

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 Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

Nous vous prions de noter que les injonctions et prescriptions maintenues pourront faire l'objet d'un suivi d'inspection avant d'être considérées comme prises en compte par la délégation territoriale de l'Aube.

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
Pour la directrice générale et par
délégation - Le Directeur Général Adjoint
Métiers,
Frédéric REMAY
Nancy le 22/09/2024

La Directrice
De l'Agence

rand Est

Pour le Président du Conseil départemental
et par délégation,
Le Directeur Général des Services



Jean-Luc BOEUF

Copie :

ARS Grand Est : Délégation Territoriale de la Marne
Direction de l'Autonomie

Conseil Départemental de la Marne

Annexe 1

**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		Délai de mise en œuvre
E1	Le projet d'établissement n'est plus conforme aux art. L. 311-8 du CASF	10	Pre1	Mettre le projet d'établissement en conformité avec les textes	3 mois
E2	Le CVS n'est pas réuni au moins 3 fois par an conformément aux art. L.311-6 du CASF, D.311-3, D.311-5, 311-8, 311-15 et 311-16 du CASF.	11	Pre2	Réunir le CVS conformément aux textes	3 mois
E3	La commission de coordination gériatrique étant chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement n'est pas mise en place, contrairement aux dispositions de l'art. D.312-158 du 3° du CASF	11	Pre3	Mettre en place la commission de coordination gériatrique	3 mois
E4	Le temps de travail en équivalent temps plein du médecin coordonnateur contrevient aux dispositions de l'article D. 312 - 156 du CASF.	15	Pre4	Modifier le temps de médecin coordonnateur pour être conforme au texte	Immédiat
E5	Des postes d'aides-soignantes, qui nécessitent d'être diplômés, sont occupés par des agents auxiliaires de vie, contrairement aux dispositions de l'article L. 312-1 II du CASF.	17	Pre5	Réaliser des recrutements conformes aux textes afin de faire bénéficier les patients de prestations de qualité	3 mois
E6	La personne de confiance ne figure pas dans le contenu du PPA tel que prévu par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.	22	Pre6	Formaliser la notion de personne de confiance dans le PPA	Immédiat

Recommandations					
Remarques		Page du rapport	Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R1	Les noms et qualifications des personnels ne sont pas précisés dans l'organigramme	11	Rec1	Compléter l'organigramme	Immédiat
R2	Il n'y a pas de formalisation des différentes procédures de signature et compétences, d'astreinte ou de continuité des fonctions de direction.	11	Rec2	Compléter les procédures de signatures et de compétences, d'astreinte et continuité de fonction de directeur	Immédiat
R3	Le protocole identifié « astreinte de directions » ne concerne que les problématiques survenant la nuit et que l'IDE d'astreinte doit régler.	11	Rec3	Modifier l'intitulé du protocole	Immédiat
4	Il n'y a pas de formalisation des astreintes de direction.	11	Rec4	Formaliser un protocole d'astreinte de direction	3 mois
R5	Il n'y a pas de formalisation des astreintes techniques.	11	Rec5	Formaliser les astreintes techniques	3 mois
R6	Le règlement de fonctionnement n'est pas remis aux personnels.	11	Rec6	Remettre le règlement de fonctionnement aux salariés et faire signer sa prise de connaissance	Immédiat
R7	L'équipe d'inspection a observé un état des sols manquant particulièrement d'entretien dans les parties communes.	12	Rec7	Effectuer le nettoyage du sol des parties communes	Immédiat
R8	Le document remis comme étant un protocole de nettoyage, n'est pas correctement libellé. Il ne reprend pas les différentes étapes du bionettoyage, les produits à utiliser selon les circonstances.	13	Rec8	Modifier et compléter le protocole de nettoyage	Immédiat
R9	La signalétique interne est à revoir afin de bien identifier chaque local par son contenu ou sa destination.	13	Rec9	Revoir la signalétique des portes intérieures de l'établissement afin d'en faciliter l'usage	Immédiat
R10	Une réorganisation plus efficace et pertinente des locaux est à envisager afin de rationaliser pleinement ces espaces.	13	Rec10	Réorganiser les locaux actuels pour les rendre plus efficaces	Immédiat

R11	L'espace consacré à la préparation / stockage des médicaments, et celui pour les pansements sont borgnes, petits, et ne sont pas adaptés pour l'usage qui en est fait.	13	Rec11	Réorganiser l'infirmerie afin de sécuriser le circuit complet du médicament et des soins	3 mois
R12	Tous les produits utilisés ne sont pas correctement stockés et étiquetés.	13	Rec12	Vérifier l'étiquetage et le stockage des produits	Immédiat
R13	Tous les escaliers ne sont pas sécurisés.	14	Rec3	Sécuriser les escaliers afin que les résidents ne puissent chuter	3 mois
R14	Les chambres ne sont pas équipées de rails de transferts.	14	Rec14	Equiper les chambres de rails de transfert	1 an
R15	Les salles de pause du personnel ne sont pas entretenues correctement.	14	Rec15	Entretien correctement les salles de pause	Immédiat
R16	Le matériel obsolète ou non utilisé occupe une place importante dans les espaces de stockage.	15	Rec16	Décharger les locaux des matériels qui ne sont plus utilisés	Immédiat
R17	L'IDEC n'a pas de formation en management et encadrement des équipes.	15	Rec17	Proposer une formation qualifiante en management et encadrement des équipes à l'IDEC	6 mois
R18	L'équipe IDE est très restreinte ce qui implique des dysfonctionnements et un mode dégradé des soins dès qu'il y a un arrêt dans l'effectif.	16	Rec18	Renforcer l'équipe IDE	6 mois
R19	Les horaires multiples pour une même équipe rendent très compliquée la gestion des plannings.	16	Rec19	Revoir les horaires de travail de l'ensemble de l'équipe soignante afin de rendre moins chronophage la gestion des planning	3 mois
R20	Tous les agents ne bénéficient pas d'une fiche de poste.	17	Rec20	Compléter les fiches de poste manquantes	6 mois
R21	L'hygiène bucco-dentaire n'est pas une priorité ou un réflexe lors des soins de nursing.	18	Rec21	Vérifier que les soignants réalisent quotidiennement des soins bucco-dentaires dans l'intérêt des résidents	Immédiat
R22	Il n'y a pas de convention avec les médecins traitants.	19	Rec22	Instaurer des conventions avec les médecins	6 mois
R23	L'organisation des chariots de médicaments n'est pas sécurisante pour des professionnels nouvellement arrivés.	19	Rec23	Sécuriser l'organisation des chariots de médicaments	Immédiat

R24	L'organisation de l'infirmierie est à revoir.	20	Rec24	Revoir l'organisation de l'infirmierie dispersée sur 3 salles différentes	Immédiat
R25	Le coffre à stupéfiants n'est pas sécurisé.	20	Rec25	Mettre la clé du coffre à l'abri des regards	Immédiat
R26	Le suivi des dates de péremption des médicaments n'est pas formalisé.	20	Rec26	Formaliser le suivi des péremptions des médicaments	Immédiat
27	La distribution des médicaments par les AS n'est pas sécurisée.	21	Rec27	Sécuriser la distribution des médicaments par les AS par une mini formation et un protocole visant à leur rendre compréhensible le repérage et la distribution des médicaments	3 mois
R28	Il n'existe pas de chariot d'urgence sécurisé regroupant le matériel et les médicaments d'urgence nécessaires.	21	Rec28	Créer un chariot d'urgence ou un sac d'urgence et le rendre opérationnel pour tous besoins au sein de l'établissement	Immédiat
R29	Les PPA ne sont pas réalisés pour chaque résident.	21	Rec29	Réaliser les PPA en retard	3 mois
R30	Les animatrices de l'EHPAD et de l'ADJ ne travaillent pas ensemble et restent cloisonnées chacune dans sa structure.	22	Rec30	Organiser des temps d'échanges entre les animatrices des deux services	3 mois
R31	Les animatrices ne peuvent s'appuyer sur le PPA des résidents pour développer un projet d'animation.	22	Rec31	Cf. R29	
R32	Les résidents qui restent en chambre ne participent pas aux animations.	22	Rec32	Proposer des animations qui permettent à chacun de participer selon son handicap, ou bien donner les moyens pour que chacun puisse y participer selon ses envies	3 mois
R33	Les animatrices ne bénéficient d'aucune qualification leur permettant d'améliorer la prise en charge des résidents.	22	Rec33	Former le personnel d'animation à son activité	6 mois
R34	La salle Snoezelen et celle de Tovertafel sont sous-utilisées actuellement par les animatrices qui ne tiennent d'ailleurs pas de planning de leur utilisation.	23	Rec34	Inciter les animatrices, mais aussi le personnel soignant à utiliser la salle Snoezelen ainsi que la Tovertafel.	3 mois

R35	Les animatrices ne produisent pas de projet d'animation annuel, ni du besoin des résidents faute de PPA.	23	Rec35	Mettre en place un suivi des activités des animatrices ainsi qu'un projet annuel	3 mois
R36	L'établissement ne procède pas à l'analyse approfondie des EI et EIG, via la démarche de retour d'expérience. L'acculturation des EI et EIG n'est pas acquise par les professionnels ;	24	Rec36	Mettre en place un temps dédié à l'analyse des EI et EIGS afin que le personnel puisse comprendre la démarche de déclaration	6 mois
R37	Le protocole existant sur la déclaration des EI est incomplet et ne précise pas le circuit de la déclaration.	24	Rec37	Compléter le protocole de déclaration des EI et EIGS	3 mois
R38	Le traitement des réclamations n'est pas formalisé dans un protocole.	25	Rec38	Formaliser le traitement des réclamations	3 mois