

## Direction Générale

Service émetteur :  
Direction Inspection Contrôle Evaluation

Affaire suivie par :

Courriel :

Tél :

Nos réf. : 2022D/3219/ID

Madame la Directrice  
EHPAD KORIAN le Gentilé  
8, rue de la Saône  
54520 LAXOU

Nancy, le - 6 OCT. 2022

Lettre Recommandée avec AR n° 2C 160 697 8220 7

**Objet : Décision administrative, suite à inspection**

**PJ : Tableau des prescriptions et recommandations**

Madame la Directrice,

Nous avons diligenté, le 16 juin 2022 une inspection à l'EHPAD Le Gentilé géré par le groupe KORIAN.  
Nous vous avons transmis le 01 août 2022 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 de 15 jours, vos observations sur les mesures correctives envisagées.  
Nous avons réceptionné votre réponse en date du 18 août 2022.

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, recommandations, nous vous notifions la présente décision.

### I. Prescriptions

Les prescriptions n° 1, 2 sont levées ; la prescription n° 3 est maintenue.

Nous vous demandons de :

- Prescription 3 : procéder aux déclarations d'événement indésirables conformément à la réglementation. Maintenue dans le cadre de votre engagement à déclarer et à l'impératif de transparence inhérent aux évènements se déroulant dans votre établissement.

### II. Recommandations

Les recommandations n° 1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 17 sont levées ; la recommandation 4 est annulée ; les recommandations n° 5, 6, 9, 10, 14, 18 sont maintenues.

Nous vous recommandons de :

- Recommandation 5 : mettre à jour les effectifs et donc les plannings d'AS en fonction de cela et modifier les contrats si nécessaire. Maintenue.

- Recommandation 6 : revoir la politique de mise en œuvre des protocoles de soins, qui devra intégrer ceux qui doivent être utilisés, les modalités de rédaction et de révision et les modalités d'application. **Maintenue** : la colonne ajoutée au document « lettres de procédures » permet juste d'identifier la date de mise à jour. Cette colonne est pour l'instant vide, le travail reste à faire avec la vérification à M+1
- Recommandation 9 : formaliser une procédure concernant la conservation des traitements buyables. **Maintenue** dans l'attente de la sensibilisation qu'il reste à mettre en œuvre sur septembre.
- Recommandation 10 : formaliser une procédure concernant la conservation des traitements per os. **Maintenue** dans l'attente de la procédure spécifique que vous indiquez et de la sensibilisation à venir.
- Recommandation 14 : sensibiliser les équipes soignantes (IDE et AS) au bon usage des fiches de recensement. **Maintenue** dans l'attente de la présentation aux équipes.
- Recommandation 18 : afin de venir compléter ces sensibilisations, des formations sur la bientraitance doivent être inscrites au plan de formation. Vous indiquez que tous les collaborateurs sont concernés mais pour l'instant seules deux AS ont été concernées. Vous ne communiquez pas de plan de formation 2022 /2023 nominatif sur cette thématique.

*SSS 130*

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](http://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 de Meurthe et Moselle à l'adresse suivante : 6 rue Notre Dame – CS 70851 – 54011 Nancy Cedex ou par mail à [ars-grandest-dt54-delegue@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-dt54-delegue@ars.sante.fr) ainsi qu'à la Direction Autonomie du Conseil Départemental de Meurthe et Moselle à l'adresse suivante : 48 esplanade jacques Baudot – CO 90019 – 54035 Nancy Cedex.

Par ailleurs, nous vous prions noter que les prescriptions maintenues pourront faire l'objet d'un suivi d'inspection avant d'être considérées comme prises en compte.

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

Virginie CAYRÉ

Le Directeur Général Adjoint  
de l'Agence Régionale de Santé  
Grand Est,

  
André BERNAY

La Présidente du Conseil Départemental  
de Meurthe-et-Moselle

  
Chaynesse KHIROUNI

Copie :  
ARS Grand-Est : Délégation territoriale de Meurthe-et-Moselle  
Direction de l'Autonomie  
Conseil Départemental de Meurthe et Moselle

## Annexe

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

Ecart et Remarques majeures		Références	Page	Prescriptions	Délai de mise en œuvre
RM 1	La salle de restauration du 1 <sup>er</sup> étage, destinée aux résidents en sortie d'UVP n'est pas sécurisée.		11	<b>Prescription 1 :</b> Procéder aux aménagements nécessaires permettant de sécuriser la salle de restauration du 1 <sup>er</sup> étage.	<u>Réalisée</u>
RM 2	Le réfrigérateur de la salle de restauration du 1 <sup>er</sup> étage, contenant des denrées alimentaires destinées aux résidents, ne fait pas l'objet d'un contrôle de sa température, ni de la traçabilité de celle-ci et de celle de son nettoyage.		12	<b>Prescription 2 :</b> mettre en place un suivi des températures et du nettoyage du réfrigérateur de la salle de restauration située au 1 <sup>er</sup> étage.	<u>Réalisée</u>
E 1	L'établissement n'a pas déclaré à l'ARS la fugue de janvier 2022	Arrêté du 28 décembre 2016	19	<b>Prescription 3 :</b> procéder aux déclarations d'événement indésirables conformément à la réglementation.	<u>Maintenue Immédiat</u>

Remarques		Page	Recommandations	Délai de mise en œuvre
R 1	Bien qu'élaboré, le projet d'établissement n'est pas validé : la signature de la direction de l'établissement, et celle de la direction régionale ne sont pas apposées.	9	<b>Recommandation 1 :</b> valider le projet d'établissement.	Réalisé
R 2	En l'absence de la directrice, si la continuité de la fonction de direction est mise en œuvre dans les faits, celle-ci n'est pas clairement définie et le circuit de signature n'apparaît pas totalement sécurisé.	10	<b>Recommandation 2 :</b> formaliser un document permettant d'encadrer la continuité de la fonction de direction et de sécuriser le processus de signature des divers documents en lien avec le fonctionnement de l'établissement	Réalisé
R 3	Au 6ème étage, du bicarbonate de sodium et du détergent DIVERSEY périmés de quelques mois ont été trouvés dans l'office.	12	<b>Recommandation 3 :</b> procéder tous les mois à une vérification des périmés.	Maintenue Immédiat



R 4	L'effectif prévisionnel 2021, déclaré par l'établissement dans le document EPRD, est de 42,19 € ETP pour les aides-soignantes. L'effectif utilisé en 2021, déclaré par l'établissement dans le document ERRD, est de 39 ,93 ETP pour les aides-soignantes. Le jour de l'inspection, l'effectif présent est de 20,23 ETP.	13	<b>Recommandation 4 :</b> renforcer les effectifs d'AS.	Annulée
R 5	Des personnels sont comptabilisés dans les effectifs d'AS alors qu'ils ne détiennent pas le diplôme mais uniquement celui d'AMP	13	<b>Recommandation 5 :</b> mettre à jour les effectifs et donc les plannings d'AS en fonction de cela et modifier les contrats si nécessaire	Maintenue 2 mois
R 6	Les protocoles de soins, parfois en doublon et parfois anciens, ne sont pas utilisés par le personnel.	15	<b>Recommandation 6 :</b> revoir la politique de mise en œuvre des protocoles de soins, qui devra intégrer ceux qui doivent être utilisés, les modalités de rédaction et de révision et les modalités d'application.	Maintenue 3 mois
R 7	L'IDE ne dispose pas de la liste des médicaments pouvant être écrasés.	15	<b>Recommandation 7 :</b> mettre à disposition de l'IDE la liste des médicaments pouvant être écrasés.	Réalisé
R 8	L'armoire à pharmacie ne permet pas un rangement ordonné des médicaments.	16	<b>Recommandation 8 :</b> équiper l'armoire à pharmacie de casiers permettant un rangement ordonné des médicaments.	Réalisée
R 9	La date d'ouverture de plusieurs flacons de traitement buvable n'est pas mentionnée, ce qui peut mener potentiellement à une altération de la qualité des produits.	16	<b>Recommandation 9 :</b> formaliser une procédure concernant la conservation des traitements buvables.	Maintenue 2 mois
R 10	Un gobelet de gélules sorties du blister est présent dans l'un des chariots de pharmacie, ce qui ne permet pas de s'assurer du dosage ni de la date de péremption.	16	<b>Recommandation 10 :</b> formaliser une procédure concernant la conservation des traitements per os.	Maintenue 2 mois
R 11	Le poids de la bouteille et des extracteurs d'oxygène ne permettent pas de les transporter facilement et rapidement en situation d'urgence.	16	<b>Recommandation 11 :</b> s'équiper d'une bouteille d'oxygène plus petite, pour permettre de l'acheminer en même temps que le chariot d'urgences par 1 seule personne.	Réalisée
R 12	Un seul chariot d'urgences est disponible pour l'ensemble de l'établissement.	16	<b>Recommandation 12 :</b> mettre en place des sacs d'urgences dans les étages (dont le contenu peut être réduit mais qui permettent d'acheminer plus rapidement le matériel au chevet du résident en cas de nécessité).	Réalisée



R 13	Bien que les résidents permanents disposent d'un PAP, celui-ci n'est parfois pas réévalué, ou cette réévaluation n'est pas tracée. Les résidents en court séjour ne disposent pas toujours d'un projet d'accompagnement personnalisé.	16	<b>Recommandation 13 :</b> revoir le dispositif d'évaluation et de traçabilité de l'évaluation des PAP, en particulier, définir la politique de l'établissement quant au résident temporaire.	Réalisée , procédure BPM /PP/PR/05-02
R 14	Les fiches de recensement des cas de GEA/IRA ne sont pas utilisées pour la détection rapide de cas groupés.	18	<b>Recommandation 14 :</b> sensibiliser les équipes soignantes (IDE et AS) au bon usage des fiches de recensement.	Maintenue : 1 mois
R 15	Les coordonnées de l'ARS ne sont plus à jour dans le Plan Bleu de l'établissements (adresses mails).	18	<b>Recommandation 15 :</b> il convient de noter cette nouvelle adresse :  ars-grandest-alerte@ars.sante.fr et ars-grandest-dt54-delegue@ars.sante.fr pour la délégation départementale	Réalisée
R 16	Les établissements KORIAN du secteur de Laxou assurent une continuité de direction par le remplacement d'un directeur par un autre en cas d'absence. C'est le cas lors de l'inspection, les missions de la directrice, en arrêt maladie, peuvent être reprises par le directeur de l'établissement Korian la Saulx mais concernant les EIG, ce dernier n'a pas accès au compte PELIKAN de Gentilé.	18	<b>Recommandation 16 :</b> donner un code d'accès à PELIKAN pour la connexion concernant l'établissement du Gentilé afin de permettre au directeur suppléant de déclarer des EIG le cas échéant.	Réalisée
R 17	Si une procédure concernant la déclaration des événements indésirables ainsi qu'une procédure concernant la gestion et le traitement des réclamations existent, la culture de la formalisation concernant la déclaration des événements indésirables n'est pas suffisamment ancrée dans le fonctionnement des équipes.	12	<b>Recommandation 17 :</b> mettre en œuvre des actions de sensibilisation quant à la nécessité de formaliser les déclarations d'événements indésirables.	Réalisée
R 18	Le plan de formation ne propose pas de sessions spécifiquement dédiées à la thématique Bientraitance.	18	<b>Recommandation 18 :</b> afin de venir compléter ces sensibilisations, des formations sur la bientraitance doivent être inscrites au plan de formation.	Maintenue 3 mois

