

**Direction Générale**

Service émetteur :  
Direction Inspection Contrôle Evaluation

Affaire suivie par :  
[REDACTED]

Courriel :  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Madame la Directrice  
EHPAD Jean François Fidry  
26, rue Roland Daret  
54800 LABRY

Nos réf : 2023D/10139/ID

**Lettre Recommandée avec AR 2C 160 697 1398 0**

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

**P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations**

L'EHPAD Jean-François Fidry à LABRY a fait l'objet d'une inspection inopinée, le 21 mars 2023, dans le cadre d'un plan national d'inspection et de contrôle des 7500 EHPAD de France, à mener en 2 ans par les ARS en lien avec les départements.

L'objectif était de pouvoir dresser un bilan sur :

1. **La gouvernance de l'établissement** : conformité aux conditions de l'autorisation, animation et fonctionnement des instances, gestion de la qualité, gestion des risques, des crises et des événements indésirables... ;
2. **Les fonctions supports** : gestion des ressources humaines, bâtiments, espaces extérieurs et équipements, sécurités... ;
3. **La prise en charge des résidents** : organisation de la prise en charge, respect des droits des résidents, vie sociale et relationnelle, vie quotidienne et hébergement, soins... ;
4. **Les relations de l'établissement avec l'extérieur** : coordination avec les autres acteurs des secteurs social, sanitaire et médico-social, partenariats institutionnels...

L'enjeu est d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

Nous vous avons transmis, par courrier en date du 15 juin 2023, le rapport d'inspection qui nous a été remis, ainsi que les décisions que nous envisagions de prendre.

Nous avons réceptionné vos observations, le 13 juillet 2023. Nous prenons acte de vos réponses.

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures retenues dans le tableau en annexe. Nous tenons à souligner la dynamique positive mise en œuvre au sein de l'établissement. Un certain nombre de mesures correctives sont d'ores-et-déjà mises en œuvre. Nous vous invitons à continuer vos efforts, dans la perspective d'améliorer la prise en charge des résidents et l'organisation du travail des personnels.

Les prescriptions 2, 3, 6, 7 et 8 sont levées. Les prescriptions 1, 4, 5 et 9 sont maintenues.  
Les recommandations 1, 4, 5, 10 et 14 sont levées. Les recommandations 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13 et 15 sont maintenues.

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](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 aux adresses suivantes :**

**Agence Régionale de Santé Grand Est  
Secrétariat de la Direction de l'Inspection, contrôle et Evaluation  
3 boulevard Joffre - CS 80071 - 54036 NANCY CEDEX**

**Agence Régionale de Santé Grand Est  
Délégation Territoriale de Meurthe-et-Moselle  
6 rue notre Dame - CS 70851 - 54011 Nancy Cedex**

**Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle  
48, Esplanade Jacques Baudot - C.O. 900 19  
54035 NANCY CEDEX**

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

Signé électroniquement par : André BERNAY  
Date de signature : 01/08/2023  
Qualité : Directeur Général Adjoint Pilotage et  
Territoire

**Virginie CAYRÉ**

**Pour la présidente du Conseil départemental  
de Meurthe-et-Moselle et par délégation,  
La directrice de l'Autonomie**



**Lisa MERGER**

**Copie :**

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

## Annexe 1

**TABLEAU RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES MAJEURES**

Ecart	Libellé de la prescription	Délai de mise en œuvre demandé	Réponse de l'établissement
<b>E1</b> : Le projet d'établissement n'est pas à jour.	P1 : Organiser la rédaction du projet d'établissement, conformément aux dispositions réglementaires.	6 mois	Décision d'élaborer un projet d'établissement commun aux EHPAD de Labry et de Mars-la-Tour.  Une réunion de lancement programmée le 31 août 2023. Accompagnement prévu par l'organisme IFOSEP.
<b>La mission souligne la pertinence du choix d'élaborer un projet d'établissement commun avec l'EHPAD de Mars-la-Tour. La prescription est maintenue dans l'attente de la rédaction du projet d'établissement et de sa transmission aux tutelles.</b>			
<b>E2</b> : Le CVS n'est pas organisé et ne se réunit pas conformément aux dispositions réglementaires.	P2 : Réunir le CVS, conformément à la réglementation, à savoir, minimum 3 fois par an. Transmettre le planning prévisionnel.	6 mois	Calendrier annuel établi pour les réunions du CVS :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vendredi 28 juillet 2023 à 14H</li> <li>- Jeudi 28 septembre 2023 à 14H</li> <li>- Jeudi 14 décembre 2023 à 14h</li> </ul>
<b>La mission prend note du calendrier prévisionnel. La prescription est levée.</b>			
<b>E3</b> : La commission de coordination gériatrique n'est pas organisée conformément à la réglementation.	P3 : Réunir la commission de coordination gériatrique, conformément à la réglementation	1 an	Programmation de la prochaine commission de coordination gériatrique le 31 octobre 2023.
<b>La mission prend note de la date prévue pour la prochaine commission. La prescription est levée.</b>			
<b>E4</b> : Le local DASRI ne dispose pas d'un pictogramme spécifique.	P4 : Apposer le pictogramme relatif aux DASRI sur le local destiné à cet usage, conformément à la réglementation.	Immédiat	Le local DASRI sera identifié par un pictogramme apposé sur la porte par le service technique.
<b>La prescription est maintenue dans l'attente de sa réalisation effective.</b>			

<b>E5</b> : Le temps de travail du MEDEC n'est pas conforme (0,3 au lieu de 0,4 ETP).	<b>P5</b> : Organiser la quotité de travail du médecin coordonnateur conformément à la réglementation, à savoir à hauteur de 0,4 ETP comptenu du capacitaire de l'établissement.	6 mois	Proposition au médecin actuel d'augmenter son temps de travail au sein de l'établissement. Le cas échéant, et dans le cadre d'un éventuel futur recrutement d'un MEDEC, le poste sera proposé avec un ETP de 0,4.
<b>La mission souligne de la démarche engagée par l'établissement sur le temps de travail du médecin coordonnateur. La prescription est maintenue dans l'attente de sa mise en œuvre effective.</b>			
<b>E6</b> : Le médecin coordonnateur ne dispose pas des qualifications requises conformément à la réglementation	<b>P6</b> : Au départ du médecin coordonnateur actuel et dans le cadre d'un futur recrutement, veiller à vérifier les qualifications, conformément à la réglementation.	Au départ du médecin actuel	Proposition en interne d'accompagner le médecin coordonnateur actuel pour l'obtention des qualifications requises.  Volonté de privilégier un profil disposant des qualifications requises dans le cadre d'un futur recrutement.
<b>La mission souligne la démarche engagée par l'établissement quant aux qualifications du médecin coordonnateur. La prescription est levée.</b>			
<b>E7</b> : Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° et au 17° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. L'agent ASH remplaçant, M. [REDACTED] ne peut pas occuper des fonctions d'AS.	<b>P7</b> : Organiser les missions de l'agent en question afin que son poste soit conforme à ses qualifications d'ASH.	Immédiat	L'agent concerné ne fait plus partie des effectifs de l'établissement.
<b>La prescription est levée.</b>			
<b>E8</b> : Les entrées et les sorties relatives au stock de médicaments stupéfiants ne font pas l'objet d'un suivi de sorte que les vols potentiels ne peuvent pas faire l'objet d'un signalement.	<b>P8</b> : Conformément à la réglementation, veiller à ce que toute entrée et toute sortie de substances et de médicaments classés comme stupéfiants soient inscrites sur un registre ou enregistrée par un système informatique spécifique.	Immédiat	Les stupéfiants périmés ont été restitués à la pharmacie [REDACTED]. Le coffre à stupéfiants a été déplacé et fixé à l'infirmerie. Le suivi est réalisé sur le cahier rose réglementaire.

<b>La prescription est levée.</b>			
<b>E9 :</b> L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu.	<b>P9 :</b> Rédiger un plan bleu, conformément à la réglementation.	6 mois	Projet de recruter un qualicien à 0,20 ETP en septembre 2023 dont la mission sera notamment d'élaborer le plan bleu.
<b>La mission prend acte de ce projet de recrutement. La prescription est maintenue dans l'attente de l'élaboration effective du plan bleu.</b>			
<b>RM1 :</b> La mission souligne qu'il s'installe des glissements de tâche à plusieurs niveaux (distribution de médicaments, réalisation des soins d'hygiène) qui pourrait, à termes, remettre en question la sécurité de la prise en charge des résidents.	<b>P8 :</b> Veiller à ce que les missions réalisées par chaque personnel soient conformes à leurs qualifications et compétences, dans l'objectif de sécuriser la prise en charge des résidents.	3 mois	Certains soins de nursing « simples » sont parfois et exceptionnellement réalisés par des ASHQ, le cas échéant, en binôme avec une AS. Par ailleurs, il est également organisé des petites formations en interne afin de former les ASHQ intervenant aux soins sur la sécurité des résidents et l'utilisation du matériel à usage ergonomique.  Enfin, la société ARJO doit confirmer une date en Juillet afin de former l'ensemble du personnel de l'établissement à l'utilisation du matériel ergonomique notamment dans le cadre de la réalisation de toilettes.
<b>La mission prend acte de la réponse et maintient sa vigilance quant à la problématique des glissements de tâche. La prescription est maintenue.</b>			

## TABLEAU RECAPITULATIF DES REMARQUES

Remarque	Libellé de la recommandation	Délai de mise en œuvre demandé	Réponse de l'établissement
<b>R1</b> : Le planning des astreintes de direction n'est pas formalisé.	Rec 1 : Formaliser un planning des astreintes de direction et le diffuser auprès des équipes.	3 mois	<p>L'EHPAD de Labry bénéficie d'une astreinte de direction mutualisée entre l'EHPAD de Labry et l'EHPAD de Mars-La-Tour. L'astreinte de direction est une astreinte à deux niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Astreinte de 1er niveau (Astreinte administrative) : 3 cadres</li> <li>- Astreinte de 2ème niveau (Garde de Direction) : 1 Directrice</li> </ul> <p>Concernant l'astreinte de 1er niveau, trois cadres assurent l'astreinte à tour de rôle. Les plannings relatifs aux astreintes, communs aux 2 EHPAD, sont établis mensuellement et sont portés à la connaissance des agents par voie d'affichage (bureau des IDE, salle de pause du personnel). Vous trouverez ci-joint, pour exemple, les plannings prévus pour les mois d'août et septembre 2023. Concernant l'astreinte de 2ème niveau, elle est assurée 24/24H et 7j/7 par la Directrice. Toutefois, en période de congés de la Directrice, un directeur du CHRU de Nancy [REDACTED] récupère l'astreinte de 2ème niveau.</p> <p>Transmission d'un planning d'astreinte.</p>
<b>La recommandation est levée.</b>			
<b>R2</b> : Si la mission n'a pas relevé de problématiques particulières relatives aux consommables, l'organisation de leur gestion est à revoir, notamment en l'absence de la gouvernante.	Rec 2 : Revoir l'organisation de la gestion des commandes de matériels et consommables dans l'objectif de clarifier les rôles de chacun, en l'absence de la gouvernante.	3 mois	A compter de septembre 2023, remise en place d'une gouvernante commune aux établissements de Mars-la-Tour et de Labry. Ainsi un 0,5 ETP sera entièrement dévolu au poste de gouvernante au sein de l'EHPAD de Labry.

<b>La recommandation est maintenue dans l'attente de la prise de poste de la gouvernante.</b>			
<b>R3</b> : Les fiches de poste sont très anciennes. A noter aussi un manque de connaissance des personnels de leur fiche de poste.	<b>Rec 3</b> : Réaliser une mise à jour des différentes fiches de poste et en assurer leur diffusion auprès de personnel.	6 mois	Pas de réponse de l'établissement.
<b>La recommandation est maintenue.</b>			
<b>R4</b> : Le plan de formation n'est pas satisfaisant en l'état. La dynamique de formation au sein de l'établissement est à relancer, dans un objectif d'amélioration continue des pratiques.	<b>Rec 4</b> : Revoir l'organisation du plan de formation pour permettre une large participation des personnels à des formations.	6 mois	<p>Il est avancé la problématique de l'éloignement des lieux de formation pour les personnels.</p> <p>L'EHPAD de LABRY fait également partie d'un groupe de formation entre plusieurs EHPAD mais certains sont éloignés de LABRY (St QUIRIN, ALBESTROFF...) ce qui peut poser des difficultés pour la participation des agents. Une réflexion est actuellement menée pour créer des sous-groupes géographiques au sein de ce partenariat afin de limiter les déplacements.</p> <p>Il est prévu également de mutualiser davantage les formations entre l'EHPAD de LABRY et de MARS-LA-TOUR et ainsi les organiser sur l'un des deux sites. Une formation sur la bientraitance est, par exemple, programmée pour les 8-9 janvier 2024 avec la participation de 6 agents par structure.</p>
<b>La mission prend note des difficultés organisationnelles relatives aux formations. La recommandation est levée.</b>			
<b>R5</b> : La surveillance de la nutrition et de l'hydratation ne fait pas l'objet d'une politique formalisée et partagée au niveau de l'établissement.	<b>Rec 5</b> : Formaliser un protocole relatif au suivi de la nutrition et de l'hydratation.	6 mois	<p>La pesée des résidents se fait au sein de l'établissement tous les 15 jours après la douche. En fonction de la saisie, une courbe est établie automatiquement par le logiciel de soins. Par ailleurs, une IDE désignée comme référente doit en assurer le suivi.</p> <p>Concernant l'hydratation des résidents, au minimum deux tours d'hydratation sont réalisés systématiquement l'après-midi ainsi que la nuit.</p> <p>Enfin, nous ferons prochainement l'acquisition de trois fontaines à eau qui permettront au résident qui le peuvent et qui le veulent</p>

			s'hydrater régulièrement et librement tout au long de la journée.
<b>La recommandation est levée.</b>			
<b>R6 :</b> L'absence de protocole partagé par les équipes relatif à la prévention des escarres induit des conduites à tenir hétérogène entre les différents personnels, facteur d'incompréhension.	<b>Rec 6 :</b> Formaliser un protocole relatif à la prévention des escarres dans l'objectif d'homogénéiser les pratiques des personnels.	6 mois	L'échelle de BRADEN ayant vocation à évaluer le risque d'escarre est bien présente au sein de du logiciel de soins. Toutefois, celle-ci n'est utilisée seulement lorsqu'il y a la présence d'un risque. La question sera abordée en interne, afin de savoir s'il serait opportun de systématiser le recours à l'échelle de BRADEN dans le cadre d'une nouvelle admission, même si le risque est faible.
<b>La recommandation est maintenue dans l'attente de l'étude sur l'opportunité de systématiser le recours à l'échelle de BRADEN.</b>			
<b>R7 :</b> Si la mission souligne l'existence de plusieurs protocoles, connus des personnels, ils ne sont pas suffisamment approfondis pour constituer un véritable appui technique aux différentes pratiques.	Approfondir le travail sur les différents protocoles de soins dans l'objectif de constituer une véritable base d'aide technique pour les personnels.	6 mois	Un travail d'approfondissement des protocoles internes a été amorcé en lien avec le médecin coordonnateur, la cadre de santé ainsi que les infirmières de l'établissement suite à l'inspection.  Par ailleurs, étant en direction commune avec le CHRU de NANCY, une sollicitation a été réalisé afin de récupérer des protocoles auprès de ce dernier qui pourront nous servir de base à la réalisation de protocoles en interne (chutes, escarres, dénutrition etc.)
<b>La mission souligne la dynamique enclenchée par l'établissement. La recommandation est maintenue dans l'attente de la finalisation du travail sur les protocoles.</b>			
<b>R8 :</b> La gestion des stocks de médicaments, en particulier le stock des si besoins, n'est pas optimisée. Elle est porteur d'un risque de laisser des médicaments se périmen.	<b>Rec 8 :</b> Organiser la gestion des stocks de médicaments dans l'objectif d'assurer le juste stock et d'éviter les péremptions.	6 mois	Une demande a été formulée aux infirmières de ne plus avoir un stock trop important de médicaments. Une liste des médicaments concernés sera établie en lien avec le médecin coordonnateur de l'établissement.
<b>La recommandation est maintenue jusqu'à sa mise en œuvre effective.</b>			
<b>R9 :</b> le suivi des péremptions des médicaments n'est pas réalisé régulièrement.	<b>Rec 9 :</b> Organiser le suivi régulier des péremptions.	3 mois	Une liste répertoriant le suivi de contrôle des péremptions médicamenteuses sera établie.



	des médicaments.		
<b>La recommandation est maintenue jusqu'à sa mise en œuvre effective du suivi du contrôle des péremptions.</b>			
<b>R10</b> : L'établissement ne dispose pas d'un chariot ou, a minima, d'un sac permettant au personnel de disposer du matériel et des médicaments nécessaires pour faire face aux urgences vitales.	<b>Rec 10</b> : Constituer un chariot ou sac contenant le nécessaire pour faire face aux situations d'urgences vitales.	Immédiat	Il existe un « sac d'urgence » au sein de l'établissement ». Un protocole a été formalisé en collaboration avec les deux médecins coordonnateurs et en lien avec le CHRU de NANCY dans le but d'avoir le même matériel sur les deux structures.
<b>La mission prend acte de la réponse. La recommandation est levée.</b>			
<b>R11</b> : Tous les résidents ne disposent pas d'un projet d'accompagnement personnalisé.	<b>Rec 11</b> : Reprendre la rédaction des projets d'accompagnement personnalisés de sorte que tous les résidents en disposent.	6 mois	En collaboration avec le psychologue ainsi que les équipes soignantes, les PAP ont été reprogrammés, en attribuant un ordre de priorité de réévaluation de certains dossiers. De même il a été décidé d'inclure l'histoire de vie au dossier d'admission, dans l'objectif d'améliorer l'accueil et la rédaction du PAP.
<b>La mission souligne la dynamique positive s'agissant de la reprise des PAP. La recommandation est maintenue dans l'attente de leur finalisation.</b>			
<b>R12</b> : La prévention du risque de maltraitance et la promotion de la bientraitance ne sont pas inscrites dans les documents institutionnels de l'établissement du fait qu'ils ne sont plus à jour.	<b>Rec 12</b> : La mise à jour des documents institutionnels de l'établissement devra s'organiser notamment autour des notions de prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance.	6 mois	La prévention de la maltraitance ainsi que la promotion de la bientraitance sont en effet des priorités institutionnelles au sein de l'établissement. Dans le cadre du projet d'établissement que nous réaliserons entre août 2023 et mars 2024, ces politiques auront une place centrale.  Par ailleurs, et à partir de novembre 2023, il est prévu de mener l'évaluation interne dont un chapitre entier sera consacré à la promotion de la bientraitance des résidents. Enfin, au sein de du plan de formation, la bientraitance demeure un thème prioritaire.
<b>La mission souligne cette dynamique positive. La recommandation est maintenue.</b>			
<b>R13</b> : Le circuit des événements indésirables n'est pas suffisamment structuré et organisé.	<b>Rec 13</b> : Renforcer l'organisation du circuit et assurer l'acculturation globale des personnels au signalement.	6 mois	S'il existe un circuit des FEI, celui-ci n'est pas optimal. Au dernier CSE, ce sujet a été mis à l'ordre du jour par la direction afin de proposer un nouveau circuit des FEI. Ce sujet fera également l'objet d'un échange

			au sein de la prochaine réunion de service, à l'issue de laquelle nous proposerons un nouveau circuit.
<b>La mission souligne cette dynamique positive. La recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre d'un nouveau circuit de traitement des événements indésirables.</b>			
<b>R14</b> : Le plan de formation 2022 ne prévoit pas de formations spécifiques à la gestion de crise.	<b>Rec 14</b> : Intégrer des formations relatives à la gestion de crise dans le prochain plan de formation.	6 mois	Une formation sur la bientraitance est, par exemple, programmée pour les 8-9 janvier 2024 avec la participation de 6 agents par structure.
<b>La recommandation est levée.</b>			
<b>R15</b> : L'organisation du local plan bleu et du stockage du matériel ne sont pas optimaux.	<b>Rec 15</b> : Optimiser l'organisation du local plan bleu.	6 mois	L'organisation du local plan bleu ainsi que du stockage du matériel seront revus en interne, en lien avec le recrutement du qualitatif.
<b>La recommandation est maintenue.</b>			