

Direction Générale

Service émetteur :

Direction Inspection Contrôle Evaluation

La Directrice Générale de l'ARS Grand Est

A

Madame la Directrice
EHPAD Résidence Le Parc
119 Av. de Strasbourg
54000 Nancy

Nancy, le

Lettre Recommandée avec AR n°

Objet : Décision administrative, suite à inspection
(Nouvelle procédure contradictoire)

P. J. : 1 tableau des écarts et remarques (annexe 1)

L'établissement Résidence Le Parc a fait l'objet, le 28 novembre 2023 d'une inspection inopinée. Cette mission était en lien avec le plan national d'inspection et de contrôle des 7500 EHPAD de France, qui fait l'objet d'une Orientation Nationale d'Inspection Contrôle depuis juillet 2022.

Nous vous avons transmis, le 03 avril 2024, le rapport d'inspection qui nous a été remis, ainsi que les décisions que nous envisageons de prendre.

Nous avons réceptionné vos observations le 06 mai 2024.

Au regard des informations communiquées et des mesures que vous avez prises, nous vous informons que **l'ensemble des prescriptions et de recommandations envisagées sont levées.**

Par ailleurs, nous tenons à souligner la qualité des éléments de réponses apportés, qui témoigne de votre engagement et de celui de l'ensemble des personnels de votre établissement.


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.

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

Pour la Présidente du Conseil
Départemental de Meurthe et Moselle

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
Pour la directrice générale et par délégation - Le Directeur Général
Adjoint Métiers,
Frédéric REMAY
Docteur Christelle
Nancy le 02/09/2024

ARBONNEIL


Yael TRANIER
2024.08.27 12:54:17 +0200
Ref:7093525-10637968-1-D
Signature numérique
Directeur général adjoint des
Solidarités

Copie : Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle

ARS : Délégation territoriale ARS de Meurthe-et-Moselle
Direction de l'Autonomie

Annexe 1

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

Ecarts	Prescriptions	Délai
<u>Ecart 1</u> à l'article L-311- 8 du CASF: le projet d'établissement n'a pas été soumis à la validation du CVS.	<u>Prescription 1</u> : soumettre le Projet d'établissement à la validation du CVS	<u>Délai</u> : prochain CVS
Vous avez finalisé le projet d'établissement. Il a été coconstruit avec le personnel et validé en CVS le 19/04/2024. Vous transmettez les éléments témoignant de ces faits. La prescription est levée.		
<u>Ecart 2</u> à l'article D. 311-16 du CASF : Au jour de l'inspection, seuls deux CVS se sont tenus en date du 22 mai 2023 et 18 septembre 2023. La directrice indique qu'il n'y aura pas possibilité d'en tenir une séance sur décembre 2023.	<u>Prescription 2</u> : pour l'année 2024, organiser la tenue des CVS conformément à la réglementation.	<u>Délai</u> : 1 an
La mission note que le CVS de décembre 2023 a été reporté en janvier 2024, à la demande des membres du CVS. Vous avez transmis le compte rendu du CVS du 12 janvier 2024. La prescription est levée.		
<u>Ecart 3</u> : le temps de travail du médecin coordonnateur est de 0,40 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312 -156 du CASF précisé ci-dessus.	<u>Prescription 3</u> : étudier la possibilité d'augmenter la quotité de travail du médecin coordonnateur, afin de répondre à la réglementation ; le cas échéant, étudier cette possibilité lors de du prochain recrutement de médecin coordonnateur.	<u>Délai</u> : 6 mois
La mission note que le médecin coordonnateur a accepté d'augmenter son temps à la hauteur de 0.6 ETP à compter du 1 mai 2024. Vous transmettez un planning qui prend en compte ces modifications. La prescription est levée.		
<u>Ecart 4</u> : Le médecin coordonnateur ne dispose pas des qualifications requises par la réglementation, ce qui constituent écart à l'article D. 312-157 du CASF.	<u>Prescription 4</u> : étudier, avec l'intéressé, les possibilités d'accéder à une formation qui lui permettrait d'acquérir de nouvelle connaissance, nécessaires pour la prise en charge des résidents en EHPAD. LE cas échéant, lors du prochain recrutement de médecin coordonnateur, prendre en compte cette nécessité réglementaire.	<u>Délai</u> : 6 mois
Vous avez étudié les possibilités, avec le médecin, d'une formation complémentaire en gériatrie, proposition acceptée par le médecin coordonnateur, qui débutera sa formation lors des prochaines sessions. La prescription est levée.		
<u>Ecart 5</u> : La fugue n'a pas été déclarée à l'ARS ce qui est contraire aux articles L.331-8-1 et R 331-8 du CASF.	<u>Prescription 5</u> : mettre en œuvre l'obligation faite aux établissements et services sociaux et médico-sociaux de signaler tout dysfonctionnement grave ou événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être	<u>Délai</u> : immédiat

	des personnes prises en charge, conformément aux articles L.331-8- 1 et R 331-8 du CASF.	
Vous avez transmis la procédure révisée concernant le traitement et signalement des événements indésirables. D'autre part, dans le cadre de l'amélioration des pratiques, vous avez participé à la journée régionale qualité et sécurité des soins. La prescription est levée.		

Remarques	Recommandations	Délai
<u>Remarque 1</u> : Ce protocole indique qu'un cadre d'astreinte prend la relève à tour de rôle de la directrice : l'assistante de direction et l'IDEC sont citées. Or l'IDEC n'apparaît pas sur le planning.	<u>Recommandation 1</u> : Préciser la place de l'IDEC dans l'astreinte de direction.	<u>Délais</u> : 2 mois
Vous transmettez le planning des astreintes de direction, démontrant l'intégration de l'IDEC dans le roulement, ce qui rends compte officiellement de ce qui était déjà en œuvre. La recommandation est levée.		
<u>Remarque 2</u> : Les fenêtres du second étage ne sont pas sécurisées, ne s'ouvrant pas en oscillo-battant. A certains endroits (notamment au regard de la chambre 207) le lino a été recollé avec du scotch qui lui-même se décolle pouvant potentiellement être risqué de chutes. Plusieurs toilettes au sein des couloirs ne sont pas équipées de sonnettes. A l'accueil, l'extincteur, caché derrière une fontaine à eau n'est pas directement accessible. Certains chargeurs de lève malade sont disposés dans le couloir, sans protection, ce qui peut occasionner des chutes de résident.	<u>Recommandation 2</u> : procéder à une étude de risque au regard des zones potentiellement accidentogènes au sein de l'établissement, et mettre en œuvre une gestion des risques pour celles qui sont identifiées.	<u>Délai</u> : 3 mois
La mission note que vous avez procédé à la mise en œuvre de mesures correctives concernant les éléments accidentogènes identifiés lors de la visite. La recommandation est levée. Toutefois, vous êtes encouragée à poursuivre, dans le cadre de l'amélioration continue et de la gestion des risques, une routine d'identification des zones potentiellement accidentogènes non identifiées par la mission le jour de la visite.		
<u>Remarque 3</u> : aucune des 59 chambres simples et des 4 chambres doubles ne dispose de rails transfert.	<u>Recommandation 3</u> : procéder à une étude concernant la faisabilité d'installation de rail de transfert, notamment au regard de l'aggravation de la dépendance de la population accueillie en EHPAD.	<u>Délai</u> : 1 an
Vous avez démarré une étude de faisabilité quant à la possibilité d'installer des rails de transfert dans certaines chambres. La recommandation est levée.		
<u>Remarque 4</u> : les diplômes de l'IDEC n'ont pas été transmis à la mission.	<u>Recommandation 4</u> : transmettre les diplômes du personnel.	<u>Délai</u> : 1 mois
<u>Remarque 5</u> : les diplômes des IDE n'ont pas été transmis à la mission.		
<u>Remarque 6</u> : les diplômes des AS n'ont pas été transmis à la mission.		

Remarque 7 : les diplômes des AES n'ont pas été transmis à la mission.		
Vous avez transmis les diplômes qui ne l'avaient pas été le jour de la visite. La recommandation est levée.		
Remarque 8 : les effectifs d'AS/AMP présentent des incohérences en fonction des documents présentés.	Recommandation 5 : Préciser les effectifs d'AS/AMP	Délai : 1 mois
Dans vos éléments de réponses contradictoires, vous précisez les effectifs comme demandé et levez l'ambiguïté identifiée par la mission. La recommandation est levée.		
Remarque 9 : s'il existe des sensibilisations régulières à la bientraitance, il n'a pas été communiqué de traçabilité de la réalisation de celles-ci.	Recommandation 6 : transmettre les éléments de traçabilité des sensibilisations à la bientraitance, ou les mettre en œuvre le cas échéant.	Délai : 2 mois. .
Vous avez transmis les feuilles d'émargements des formations à la bientraitance, ainsi que les éléments support de la formation (quizz, PowerPoint). La recommandation est levée.		
Remarque 10 : certains protocoles ne sont pas signés	Recommandation 7 : formaliser la signature des protocoles	Délai : 2 mois
Vous avez formalisé et mis à jour les protocoles, conformément aux bonnes pratiques en la matière. La recommandation est levée.		