

ARS Grand Est
Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

La Directrice Générale de l'ARS Grand Est
La Présidente du Conseil Départemental
de Meurthe et Moselle

A

Madame la Directrice
EHPAD Simon Bénichou
53 Rue Général Hoche
54000 NANCY

Nos réf. : 2023D/10541/LA

Lettre Recommandée avec AR n° 2C 160 697 1395 9

Objet : Décision administrative, suite à inspection

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

L'EHPAD Simon BENICHOU a fait l'objet, d'une inspection inopinée, le 09 février 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 :

- 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... ;
- Les fonctions supports : gestion des ressources humaines, bâtiments, espaces extérieurs et équipements, sécurités... ;
- 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... ;
- 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 03 mai 2023, le rapport d'inspection ainsi que les décisions que nous envisagions de prendre.

Durant la phase contradictoire, nous n'avons pas réceptionné vos remarques.

Par conséquent, conformément à ce qui est mentionné dans la décision initiale, l'absence de réponse, dans le délai indiqué, signifie que vous n'avez aucune observation à présenter.

De fait, l'ensemble des mesures correctives sont maintenues dans leur intégralité et vous en retrouverez la synthèse 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 Télérecours 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 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

Département de Meurthe-et-Moselle
48 Esplanade Jacques Baudot - C.O. 900 19
54035 NANCY CEDEX

et sous forme dématérialisée aux adresses mël indiquées ci-dessus (contacts).

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

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Monsieur le Directeur, l'expression de notre considération distinguée.

Signé électroniquement par : André
BERNAY
La Directrice Générale de l'Agence Régionale
de Santé Grand Est
Qualité de Santé Grand Est
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

Copies :

ARS Grand-Est :

- Délégation territoriale de Meurthe et Moselle ;
- Direction de l'Autonomie

Conseil départemental de Meurthe et Moselle :

-

Annexe 1

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

Prescriptions maintenues						
Ecart		Référence	Page du rapport	Libellé de la prescription envisagée	Délai de mise en œuvre	
E1	Le projet d'établissement transmis à la mission d'inspection n'est pas à jour puisqu'il couvre la période 2016-2020, ce qui constitue un écart à l'article L311-8 CASF.	Article L311-8 CASF et Article D312-155-4-1	7	P1	Rédiger un projet d'établissement en associant le plus largement possible les différents personnels dans l'objectif d'en assurer son appropriation.	8 mois
E2	La mission n'a pas été destinataire du règlement de fonctionnement. Il semblerait donc que ce document n'existe pas à l'heure actuelle.	Article L311-7 du CASF	10	P2	Rédiger le règlement de fonctionnement, conformément à la réglementation.	8 mois
E3	Dans l'optique de l'existence effective du règlement de fonctionnement, et s'il date de 2005, la mission rappelle que la périodicité maximale de ce document ne peut être supérieure à 5 ans.	Article R311-33 du CASF	10	P3	Veiller à tenir à jour le règlement de fonctionnement conformément à la réglementation.	Immédiate
E4	En l'absence de médecin coordonnateur, la commission de coordination gériatrique n'est pas, de facto, organisée.	Article D312-158, 3° du CASF.	11	P4	Organiser la commission de coordination gériatrique conformément à la réglementation.	3 mois
E5	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur.	Article D312-156 du CASF.	17	P5	Organiser le recrutement d'un médecin coordonnateur dont le temps de travail devra être conforme à la réglementation et au regard de la capacité de l'établissement.	2 mois

E6	L'absence de document ainsi que les pièces transmises ne constituent pas la preuve de l'obtention d'un diplôme d'Etat d'Aide-Soignant à part entière. Par conséquent, cela constitue un écart et les personnes concernées ne présentent pas les prérequis nécessaires à l'exercice du métier d'AS.	Article L.312-1 II du CASF	18	P6	Organiser la formation des personnels concernés aux fonctions d'aide-soignant. Sans l'obtention du diplôme d'état, ils ne peuvent pas exercer les fonctions d'aide-soignant. Transmettre les documents nécessaires à la mission.	12 mois
E7	Il n'existe pas de projet de vie individuel.	Article D312-155-0-I-3° du CASF	22	P7	Bâtir les projets de vie individuels pour l'ensemble des résidents	8 mois
E8	Bien que demandés, la mission n'a pas reçu les protocoles de soins.	Articles R.4311-7 et R.4311-14 du Code de Santé Publique (CSP).	22	P8	Transmettre à la mission l'ensemble des protocoles demandés le jour de l'inspection.	1 mois
E9	La mission a pu relever l'existence d'une boîte d'ORAMORPH non répertoriée.	Article R. 5132-80 du CSP	25	P9	Afin d'identifier tout vol ou détournement, 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.	Immédiate
E10	L'établissement ne dispose, ni d'un PAQSS, ni d'un autre outil permettant le suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration de la qualité.	Article L1413-14 du CSP	30	P10	Construire un outil permettant le suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration de la qualité.	8 mois

Recommandations maintenues				
Remarques		Page du rapport	Libellé de la recommandation envisagée	Délai de mise en œuvre
R 1	Il n'a pas été transmis à la mission d'inspection une procédure ou un document décrivant l'organisation des astreintes de direction.	9	Rec1 Formaliser et diffuser une organisation des astreintes de direction pour la bonne information de l'ensemble du personnel de l'établissement.	3 mois
R 2	Les escaliers sont pleinement accessibles sans sécurité spécifique, ce qui peut constituer un danger pour les résidents.	14	Rec2 Sécuriser l'accès aux escaliers sans les condamner mais en limitant les risques de chutes pour les résidents déambulant.	Immédiat
R 3	La mission a pu constater l'inaccessibilité des appels malades dans les toilettes à chaque étage.	14	Rec3 Remplacer les appels malades situés dans les toilettes situés dans les couloirs et accessibles à tout le monde afin de les rendre accessibles.	Immédiat
R4	Le rangement des différents matériels et équipements stockés au sous-sol n'est pas apparu organisé et optimisé. En effet, pour certains matériels périssables, le roulement n'était pas effectué (les dates les plus longues étant située devant les dates les plus courtes). Le local de stockage des ventilateurs et fauteuils roulants est apparu extrêmement encombré : il était impossible d'accéder à l'intérieur du local et de s'y mouvoir librement.	15	Rec4 Organiser l'accès et le contenu du local de rangement des équipements stockés au sous-sol. Réaliser un inventaire et revoir la présentation des matériels périssables pour que les dates les plus courtes soient visibles.	Immédiat
R5	L'établissement est dépourvu d'un local dédié au plan bleu	15	Rec5 Prévoir un local avec le matériel et les consommables nécessaires à la mise en œuvre d'une gestion de crise. A défaut d'un local, prévoir une partie du stock de matériel et de consommables qui soit dédiée à la gestion de crise et facilement identifiable.	6 mois
R6	Les locaux de stockage situés dans les étages disposent de protections d'hygiène pour les résidents mais le matériel nécessaire pour les personnels n'est pas suffisamment fourni et nécessite de se rendre dans les locaux de stockage situés au sous-sol la gestion des consommables.	16	Rec6 Revoir le processus de gestion des consommables afin d'éviter au personnel de se rendre dans le stockage au sous-sol.	3 mois

R7	L'IDEC en poste ne dispose pas de formation complémentaire tant sur le versant gériatrique que sur le rôle d'IDEC.	17	Rec7	Inscrire l'IDEC dans un dispositif de formation complémentaire relatif à la gériatrie et au rôle d'IDEC	Immédiat
R8	La mission n'a pas trouvé spécifiquement d'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU).	19	Rec8	Transmettre l'ensemble des attestations relatives aux personnels formés à l'AFGSU ou prévoir une formation dédiée dans la négative.	6 mois
R9	Plusieurs fiches de poste sont anciennes et n'ont pas été mises à jour récemment.	19	Rec9	Mettre à jour les fiches de poste des différents personnels.	Immédiat
R10	La mission n'a pas retrouvé de protocole dédié à la gestion des chutes	21	Rec10	Rédiger et transmettre le protocole dédié à la gestion des chutes.	Immédiat
R11	La mission n'a pas retrouvé de protocole dédié à la gestion des escarres	21	Rec11	Rédiger et transmettre le protocole dédié à la gestion des escarres.	Immédiat
R12	la mission n'a pas retrouvé de protocole dédié à l'hygiène bucco-dentaire	21	Rec12	Rédiger et transmettre le protocole dédié à l'hygiène bucco-dentaire.	Immédiat
R13	Les protocoles de soins ne sont pas connus ni utilisés par le personnel soignant	22	Rec13	Si les protocoles de soins existent, les diffuser auprès du personnel soignant et s'assurer de leur bonne appropriation.	6 mois
R14	la traçabilité dans le dossier médical est parfois perfectible, par exemple, un pansement est noté « non fait » sur une journée donnée mais sans explication.	22	Rec14	Veiller à ce que la traçabilité des dossiers médicaux soit simple et exhaustive.	3 mois
R15	Les locaux sont spacieux mais l'infirmerie est désordonnée. Les placards de la salle de soins le sont également et comportent des étiquettes ne correspondant pas au contenu.	24	Rec15	Réaliser le rangement nécessaire de la salle de soins et revoir/enlever les étiquettes des placards.	6 mois
R16	Sur le plan de l'hygiène, le coin propre est juxtaposé au sale (poubelles et DASRI) dans la salle de soins.	24	Rec16	Revoir l'organisation de la salle de soins afin de ne plus faire cohabiter le coin propre et sale.	6 mois
R17	La mission a relevé une incohérence puisque dans le chariot de médicament le pilulier PDA note pour un patient chambre 302 et les hors piluliers pour le même patient, sont notés chambre 102. Cela constitue une source d'erreur.	24	Rec17	Faire preuve de vigilance et réaliser des tests de cohérence entre les médicaments PDA et hors piluliers.	3 mois

R18	Les stocks tampons sont identifiés mais sur des feuilles volantes, raturées, surlignées ce qui peut générer des confusions et des erreurs de lecture et de gestion.	24	Rec18	Revoir le support comprenant les stocks tampon et le rendre plus lisible.	2 mois
R19	Bien que consciente de l'amélioration dans l'organisation des soins au regard des propos recueillis, la mission n'a pas trouvé d'inventaire détaillé des médicaments de l'armoire à pharmacie.	25	Rec19	Bâtir une procédure et organiser le suivi des péremptions au niveau de la salle de soins.	6 mois
R20	Les températures des deux réfrigérateurs de stockage des médicaments ne sont pas tracées.	25	Rec20	Mettre en place un relevé de température quotidien afin de s'assurer de la bonne conservation des médicaments thermosensibles qu'il contient.	Immédiat
R21	La mission a pu relever un manque d'actualisation des PAP.	27	Rec21	Veiller à actualiser les PAP au fil du temps.	3 mois
R22	Les transmissions sont tracées mais dans de multiples supports (NETSOINS, cahiers etc.), pouvant induire un oubli, une erreur etc.	29	Rec22	Maintenir le fait de tracer les transmissions mais sur un support unique	2 mois
R23	La procédure dédiée à la déclaration, gestion des événements indésirables est obsolète car datant de 2017 et certains éléments ne sont plus à jour (les coordonnées de l'ARS par exemple).	30	Rec23	Mettre à jour la procédure dédiée à la déclaration, gestion des événements indésirables et en assurer sa diffusion au sein de l'établissement.	2 mois
R24	La mission a noté que les événements indésirables survenant au sein de l'établissement sont recensés dans un tableau récapitulatif. En 2022, cela représente 81 événements indésirables. La mission note la prédominance de ceux relatifs à des chutes puisqu'ils sont dénombrés à 70, soit 86% des EI.	30	Rec24	Au regard de la volumétrie et part des événements indésirables relatifs aux chutes, la mission préconise une étude approfondie sur les causes et les moyens préventifs de les éviter.	8 mois

R25	L'établissement a pu fournir à la mission un "Plan de Continuité de l'Activité - Pandémie virale", mis à jour le 04/01/2022. Ce document précise en son 1. OBJET et DOMAINE D'APPLICATION "L'application du plan ne sera envisagée que si le niveau d'alerte pandémique national et local l'exige, Il ne remet pas en cause le fonctionnement actuel de l'établissement, il complète le plan bleu." De fait, ce document ne constitue pas un plan bleu à part entière.	31	Rec25	Transmettre le plan Bleu à la mission puisque le "Plan de Continuité de l'Activité - Pandémie virale" énonce dans son point 1 que celui-ci le complète.	1 mois
R26	La mission a pu prendre connaissance du PCA, voir <i>supra</i>. Ce document indique la gestion de crise avec la grippe H1N1 et la COVID-19. Or, les crises courantes, comme les épidémies de grippe "classique" ou de gastro-entérite, ne sont pas mentionnées.	32	Rec26	Garder et sanctuariser le PCA actuel de l'EHPAD. L'adapter et le compléter avec d'autres gestions de crises courantes comme la grippe, la gastro-entérite etc.	8 mois