

ARS Grand Est - Direction Générale

Service émetteur :
Direction Inspection Contrôle Evaluation

Affaire suivie par : [REDACTED]

Courriel : [REDACTED]

Conseil Départemental de la Meuse

Affaire suivie par : [REDACTED]

Courriels : [REDACTED]

Tel : [REDACTED]

Nos réf. :

Monsieur le Directeur
EHPAD Jacques BARAT
12 rue du Parc
55320 SOMMEDIUE

Nancy, le **13 FEV. 2023**

Lettre Recommandée avec AR n° 2C 160 697 8474 4

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations

J'ai diligenté, le 14 septembre 2022 une inspection à l'EHPAD de Sommedieu géré par le CCAS de Sommedieu.

Je vous ai transmis le 23 novembre 2022 le rapport d'inspection et les décisions que j'envisageais de prendre.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, je vous ai demandé de me présenter, **dans le délai de 1 mois**, vos observations sur les mesures correctives envisagées.

J'ai réceptionné votre réponse en date du 08 décembre 2022.

Après avoir étudié vos observations, je vous notifie la présente décision.

I. Prescriptions

L'ensemble des prescriptions sont maintenues.

Concernant la prescription 1 relative à des points de dangerosité, vous indiquez que le local DASRI a été mis en place conformément à la réglementation sans en apporter la preuve par des photographies. Il en est de même pour l'asservissement de la porte au SSI (système de sécurité incendie). De plus, les autres actions correctives de cette même prescription n'ont pas été abordées.

Un délai supplémentaire de 3 mois est accordé pour le local Archives.

Prescription 2 relative au projet d'établissement : Maintenue. Vous avez demandé un délai de mise en œuvre supplémentaire, par rapport aux 4 mois initialement prévus. Il vous est accordé un délai de 6 mois.

Prescription 3 relative au CVS : Maintenue, dans l'attente du renouvellement du CVS suite à votre démarche de lancement de candidatures (pièce justificative non fournie).

Prescription 4 relative à la commission de coordination gériatrique: Maintenue.

Prescription 5 relative à la convention avec le CHVSM : Maintenue, dans l'attente des suites de l'attache que vous avez prise avec le directeur général (pièce justificative non fournie).

Prescription 6 : Maintenue. Concernant uniquement le projet personnalisé des résidents, le délai d'un an à la place des six mois initialement donnés vous est, suite à votre demande, accordé. Les autres points de cette prescription sont maintenus dans le délai de 6 mois.

II. Recommandations

Toutes les recommandations sont maintenues.

Un délai supplémentaire, suite à votre demande vous est accordé pour la recommandation 9 : 6 mois (au lieu de trois)

Les autres délais des autres recommandations sont maintenus. 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.

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 la Meuse**, Pôle Développement Humain - Service Etablissement Sociaux et Médico Sociaux BP 40 50455012 BAR-LE-DUC Cedex.

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

PL. 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

Frédéric REMAY

Le Président du Conseil Départemental
de la Meuse

Jérôme DUMONT

Copie :

Mr Daniel SANZEY, président du Conseil d'Administration de l'EHPAD

ARS Grand-Est : Délégation territoriale de la Meuse, Département 55
Direction de l'Autonomie
Conseil Départemental de la Meuse

Annexe

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

| Prescriptions | | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------|--|---|
| Remarque majeure | | Page du rapport | Libellé de la prescription | Délai de mise en œuvre |
| RM1 | Des points de dangerosité ont été relevés tels que des infiltrations d'eau, un local DASRI non réglementaire, des locaux techniques non sécurisés. | 14 | <p>P 1</p> <p>Identifier, verrouiller, nettoyer et ranger : la salle de bain thérapeutique, les locaux de stockage, fixer la porte en bois, Délai de mise en œuvre : <u>Trois mois</u></p> <p>Mettre en place un local DASRI conforme à la réglementation en vigueur. Délai de mise en œuvre : <u>Trois mois</u></p> <p>Nettoyer le local archivage, en vider les documents dont le délai de conservation est dépassé. Délai de mise en œuvre : <u>Six mois (au lieu de trois initialement décidé)</u></p> <p>Ranger dans un endroit sécurisé le bidon de détergent au point de nettoyage de la salle de restauration. Assurer une traçabilité des relevés de températures pour le frigo de denrées alimentaires à l'accueil de jour. Délai de mise en œuvre : <u>Immédiat</u></p> <p>Effectuer les travaux nécessaires pour empêcher les infiltrations d'eau et rénover les dégâts d'ores et déjà causés. Délai de mise en œuvre : <u>1 AN</u></p> <p>Cesser les pratiques de bloquer les porte coupe-feu ou réparer si elles ne tiennent pas ouvertes : <u>Immédiat</u></p> | <p>Selon le sujet : d'immédiat à 1 an</p> <p>Transmettre photos suite à votre indication de réalisation</p> |

| Prescriptions | | | | | | |
|---------------|---|--|-----------------|----------------------------|---|--|
| Ecart | | Référence | Page du rapport | Libellé de la prescription | | Délai de mise en œuvre |
| E1 | Bien qu'existant par ces fiches, le projet d'établissement n'est pas rédigé dans un document synthétisé qui définit des modalités d'organisation, des objectifs de <u>coordination, d'évaluation des activités et de la qualité des prestations</u> . De plus, les fiches indiquent une période 2017_2022 alors qu'une affiche à l'entrée de l'établissement fait référence à ces fiches avec en titre indiqué « Projet d'établissement 2018_2023 » ce qui est une erreur. Par ailleurs, (Article D312-155-4-1), le projet d'établissement mentionné à l'article L. 311-8 ne comprend pas un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique | Article L311-8 CASF et Article D312-155-4-1 | 11 | P2 | Pour le prochain projet d'établissement qui doit démarrer en janvier 2023, rédiger un document colligé, avec la précision d'objectifs de coordination, d'évaluation des activités et de la qualité des prestations. Informer tous les agents de son contenu, daté et signé du directeur, du président du CCAS. La consultation du CVS pour celui-ci sera tracée dans un compte rendu. | 6 mois (à la place de 4 initialement) |
| E2 | En 2021, le CVS ne s'est réuni qu'à deux reprises alors que l'article L311-6 du CASF précise un minimum de trois réunions. | Article L311-6 du CASF | 12 | P3 | Programmer un nombre de réunion CVS à 3 par an, dès 2022. | Immédiat |
| E3 | La commission de coordination gériatrique ne s'est pas réunie ces dernières années. | Article D312-158 du CASF et arrêté du 05 septembre 2011 | 12 | P4 | Créer et réunir une commission gérontologique et s'attacher à la faire vivre | 6 mois |
| E4 | La convention avec le CHVSM concernant le plan bleu a été signée en novembre 2016 avec tacite reconduction dans une limite de trois ans. Le délai de reconduction est donc dépassé. | Article D312-155.0 alinéa 5 (relatif aux autres appuis utiles aux missions de l'EHPAD) | 12 | P5 | Etablir une nouvelle convention | 3 mois |

| | | | | | | |
|----|---|---|----|----|--|---|
| E5 | <p>- Les résidents n'ont pas tous un projet personnalisé mis à jour, réévalué alors que pour autant des fiches de suivi ont été mises en place avant la crise sanitaire.</p> <p>- Par ailleurs, il n'y a pas de coordination entre les médecins traitants et le médecin coordonnateur et très peu entre les IDE et le médecin coordonnateur. Cela peut être préjudiciable au patient par exemple en termes d'évaluation de l'urgence d'alerte au médecin traitant lors d'anomalie biologique constatée. C'est également le cas pour la gestion des fins de vie où le médecin coordonnateur n'est pas associé. Idem pour les évaluations gériatriques standardisées qui sont initiées par la cadre en lien avec les IDE et qui n'ont pas été réalisées pour tous les résidents.</p> <p>-Enfin, bien que les équipes travaillent bien entre elles, il n'y a que trop peu de réunions pluridisciplinaires avec l'ensemble du personnel soignant y compris ergothérapeute et psychologue.</p> <p>Les staffs pluri professionnels « de secteur » ont eu lieu sur 2021 mais seulement un en 2022 car cela nécessitait aux agents d'horaires coupées de revenir sur leur temps personnel et la cadre souhaitent les ménager au regard de la fatigue actuelle ressentie suite à la covid.</p> | Article L1110-4 alinéa II et III du CSP et aux recommandations de l'ANESM (qualité de vie en EHPAD) | 24 | P6 | <ul style="list-style-type: none"> - Réévaluer et adapter le projet personnalisé des résidents. - Mettre en place la coordination des soins de façon fréquente, responsabilité du médecin coordonnateur mais qui doit s'exercer concomitamment avec celle du directeur, et celle de la cadre. - Programmer de nouveau des staffs pluri professionnels dès que les effectifs le permettront. | 1 an (à la place des 6 mois initialement prévu) pour le projet personnalisé des résidents |
| | | | | | | 6 mois |

| Recommandations | | | | | |
|-----------------|--|-----------------|------------------------------|-------------|--|
| Remarques | | Page du rapport | Libellé de la recommandation | | Délai de mise en œuvre |
| R 1 | L'astreinte n'est pas formalisée. | | 12 | Rec1 | Formaliser la continuité de la direction. |
| R 2 | Il n'y a pas de local Plan Bleu. | | 13 | Rec2 | Identifier un local dédié à un plan bleu, en tenir l'inventaire. |
| R 3 | Les rôles entre AS référente protection et logisticien sont imprécis. Il n'y a pas de procédure relative à l'organisation de la gestion des commandes et réassort. | | 16 | Rec3 | Elaborer une procédure relative à l'organisation de la gestion des commandes et réassort |
| R 4 | Il n'y a pas de traçabilité de la formalisation de l'évaluation et réévaluation de la contention. En lien avec l'équipe paramédicale, le médecin évalue le besoin de contention ou la réévaluation et cela doit être tracé. | | 21 | Rec4 | Tracer l'évaluation et la réévaluation de la contention qui doit être réalisée par le médecin en lien avec les équipes paramédicales |
| R5 | Une liste de produits est affichée à la porte du coffre (intérieur), elle est obsolète : mis à jour à février 2022, le nombre de produits indiqués ne correspond pas à ceux en présence. Le registre des stupéfiants se suffit à lui-même. La question se pose de l'utilité de cette fiche sachant que le registre des stupéfiants est lui à jour et correspondant au contenu. | | 22 | Rec5 | Retirer cette liste du coffre à stupéfiants |

| | | | | | |
|-----------|--|-----------|-------------|---|-------------------------------------|
| R6 | <p>- Sur le chariot de pansements, certains produits (exp / DAKIN) sont ouverts sans précision de la date inscrite sur le flacon. Un sachet d'ALGOSTERYL est périmé et dans un des tiroirs, une aiguille à perfusion sous blister l'est également. Il est indiqué verbalement que les péremptions ont donc été vérifiées fin août mais cette récente vérification n'est pas tracée ce qui laisse un doute quant à son effectivité. Par ailleurs, concernant la périodicité de vérification mensuelle indiqué précédemment, aucune date n'est fixée au préalable rendant « aléatoire » cette vérification, chacune se reposant sur l'autre. La traçabilité des péremptions à venir est à conforter : - les commandes à venir concernant le chariot d'urgence : un classeur contient une liste par produits des dates de péremption à venir mais si la vérification n'est faite que trimestriellement (prochaine fois : en décembre), et les produits périment dans l'intervalle entre deux vérifications ne sont pas systématiquement recommandés, le produit prochainement périmé risque donc de rester en place une fois la date de péremption dépassée. L'IDE nous montre une feuille volante manuscrite des commandes de réassort à faire, le produit dont nous avons noté une date de péremption prochaine n'y figure pas.</p> | 22 | Rec6 | <p>Inscrire les dates d'ouverture sur les flacons. Rendre effective chaque traçabilité. Assurer la traçabilité des commandes à venir en lien avec les péremptions prochaines.</p> | Immédiat |
| R7 | <p>Le frigidaire de la salle de soins dispose d'un thermomètre intégré. La feuille de traçabilité n'est pas dans la salle de soins et l'IDE doit la demander au service technique si besoin. Elle n'a pas de visibilité immédiate sur le relevé de température.</p> | 23 | Rec7 | <p>Assurer une visibilité immédiate de la température du frigidaire de la salle de soins , en salle de soins</p> | Immédiat |
| R8 | <p>La distribution des médicaments n'est pas tracée résident par résident car il n'y a qu'une tablette par personnel soignant ce qui contraint l'une à délogguer l'autre.</p> | 23 | Rec8 | <p>Tracer la distribution des médicaments en fournissant une tablette par personnel soignant.</p> | 6 mois |
| R9 | <p>Il n'y a pas de PCA formalisé.</p> | 26 | Rec9 | <p>Formaliser un PCA</p> | 6 Mois (au de 3 mois initialement) |

| | | | | | |
|------------|--|-----------|--------------|--|--|
| R10 | La plupart des procédures sont anciennes et servent peu | 26 | Rec10 | Réactualiser les procédures et protocoles de façon collégiale avec les médecins traitants, le médecin coordonnateur. Appropriation par le personnel à mettre en œuvre. | 6 mois |
| R11 | Il n'y a pas de politique de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité, par exemple au travers d'une cartographie des risques, au travers de RETEX (- retour d'expérience) suite à EI/EIG/ réclamation. | 27 | Rec11 | Etablir une cartographie des risques en lien avec analyse EI. | 6 mois (en lien avec le projet d'établissement) |