

ARS Grand Est

Affaire suivie par :

Courriel :

Monsieur le Directeur
EHPAD Sainte-Anne
2, Place Jean Berain
55300 SAINT-MIHIEL

Conseil Départemental de la Meuse

Affaire suivie par :

Courriel :

Nos réf :

Lettre Recommandée avec AR n°

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : 1 tableau des écarts et remarques (annexe 1)
1 information sur la nouvelle procédure contradictoire (annexe 2)

L'EHPAD Sainte-Anne a fait l'objet, d'une inspection inopinée, le 23 mai 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 25 juillet 2023, le rapport d'inspection qui nous a été remis, ainsi que les décisions que nous envisagions de prendre.

Nous avons réceptionné vos observations par courrier daté du 12 octobre 2023. Nous prenons acte de vos réponses. La mission tient à souligner la dynamique d'amélioration du fonctionnement de l'établissement, au bénéfice de la qualité et de la sécurité des prises en charge des résidents. Par ailleurs, la mission souligne aussi la bonne prise en compte des constats établis suite à l'inspection.

En ce sens, tous les écarts sont levés. S'agissant des remarques, les recommandations 1, 5, 6, 7, 10 et 18 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.

Vous retournerez vos réponses sous pli recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante :

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

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

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

Le Président du Conseil Départemental
de la Meuse

Virginie CAYRÉ


Signé
électroniquement par :
Virginie CAYRÉ
Date de signature :
11/12/2023
Qualité : Directrice
Générale

Jérôme DUMONT



Copie :

ARS Grand-Est :

- Délégation territoriale de la Meuse
- Direction de l'Autonomie

Conseil départemental de la Meuse

Annexe 1

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

Tableau des écarts et remarques majeures						
Ecart		Référence	Libellé de la prescription		Délai de mise en œuvre	Observations de l'établissement
E1	Le CVS ne se tient pas 3 fois par an.	Article D311-16 du CASF	P1	Organiser les réunions du CVS conformément à la réglementation. Si c'est le cas, transmettre les justificatifs à la mission d'inspection.	3 mois	En 2022, 3 CVS avaient été programmés. Le CVS d'octobre 2022 a été reporté à deux reprises puis annulé en novembre 2022 dans un contexte COVID empêchant les représentants des résidents de participer au CVS. Pour 2023, 4 CVS ont été programmés, 3 ont déjà eu lieu (26/04/23; 28/06/23; 18/09)
La mission prend acte de la réponse de l'établissement et souligne la transmission des comptes rendus des CVS évoqués. L'écart est levé.						
E2	Le temps de travail du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation.	Article D312-156 du CASF	P2	Proposer au médecin coordonnateur actuel l'augmentation de son temps de travail ou dans le cadre d'un futur recrutement, organiser le temps de travail du prochain médecin coordonnateur conformément à la réglementation.	6 mois	100% des résidents ont un médecin traitant. Une infirmière de pratiques avancées est présente à hauteur de 0,4 ETP sur l'EHPAD de Saint-Mihiel, ce qui vient s'ajouter au temps de présence du médecin coordonnateur. Un protocole d'organisation entre l'IPA et les médecins traitants est défini pour les résidents. Actuellement, elle intervient auprès de 28 résidents (soit 30%). Une publication de poste vacant « tour de recrutement d'automne 2023 » est affichée par le CNG.
La mission prend acte de l'organisation mise en place pour consolider le suivi médical des résidents et de la publication de poste vacant. L'écart est levé.						

E3	Le plan bleu transmis n'est pas conforme à la réglementation. En effet, il ne prévoit aucune disposition spécifique à l'organisation de la gestion de crise sur le site de Saint-Mihiel ce qui ne permet pas aux personnels de disposer de directives à suivre en cas de crise.	Article D312-155-4-1 du CASF	P3	Rédiger un plan bleu ou adapter le plan bleu actuel, en intégrant des dispositions spécifiques à l'EHPAD de Sainte-Anne de SAINT-MIHIEL, dans l'objectif d'organiser la gestion de crise.	3 mois	<i>Le plan Bleu a été adapté en intégrant l'EHPAD Sainte-Anne.</i>
La mission note la mise à jour du plan bleu conformément à la réglementation. L'écart est levé.						

Recommandations					
Remarques		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre	Observations de l'établissement
R 1	le projet d'établissement n'est pas suffisamment connu, à ce stade, par les personnels.	Rec1	Diffuser largement le projet d'établissement auprès des personnels dans un objectif d'appropriation.	3 mois	<i>Le projet d'établissement est accessible sur notre base documentaire BlueKango. Tous les professionnels peuvent y accéder. Le développement de documents « FALC » (Facile à Lire et à Comprendre) est à l'étude suite à l'évaluation externe de fin septembre 2023.</i>
La mission note que le projet d'établissement est accessible sur la base documentaire. La recommandation est maintenue dans l'attente de la finalisation du développement du document FALC.					
R 2	la fonction de direction de l'établissement n'est pas suffisamment lisible et organisée.	Rec2	Mener une réflexion sur la fonction de direction dans l'objectif d'assurer une présence physique régulière sur site.	6 mois	<i>Une permanence de la Direction de l'établissement est organisée chaque jeudi après-midi sur le site de Saint-Mihiel. De plus, un directeur adjoint délégué à 20% au pôle médico-social intervient sur les différents EHPAD du GHT. Il assure la coordination entre le pôle et les directions fonctionnelles, est associé aux décisions ayant trait au fonctionnement du pôle, suit l'activité et l'utilisation des ressources ainsi que les indicateurs de performance et de qualité. Il contribue à développer les projets visant à renforcer la coopération entre les structures internes du pôle.</i>
La mission prend acte de l'organisation mise en place relative à présence de la direction sur site. La recommandation est levée.					
R 3	L'organigramme transmis ne décrit pas l'organisation interne de l'EHPAD.	Rec3	Formaliser un organigramme propre à l'établissement de sorte qu'il rende compte de l'organisation et des liens hiérarchiques et fonctionnels.	3 mois	<i>Un organigramme propre à l'EHPAD de Saint-Mihiel a été formalisé et diffusé.</i>
La recommandation est levée.					

R4	Le règlement de fonctionnement n'est pas intégré au livret d'accueil des nouveaux personnels.	Rec4	Intégrer le règlement de fonctionnement au livret d'accueil des nouveaux personnels.	Immédiat	<i>La connaissance du règlement de fonctionnement a été ajoutée comme objectif à atteindre (à 6 mois) dans les manuels d'apprentissage des nouveaux arrivants en EHPAD (ASHQ, AS, IDE). L'atteinte de cet objectif doit permettre aux nouveaux agents de connaître les règles en vigueur concernant les droits des usagers, le fonctionnement de l'établissement, les règles de vie collective et la prise en charge des résidents, l'objectif étant, in fine, de partager un cadre commun entre les personnels et les résidents.</i>
-----------	---	-------------	--	-----------------	---

La mission prend acte de l'intégration d'un objectif relatif à la connaissance du règlement de fonctionnement dans les manuels d'apprentissage des nouveaux arrivants. La recommandation est levée.

R5	L'accueil de l'établissement n'est plus assuré.	Rec5	Mettre en place une organisation permettant d'assurer un accueil physique au sein de l'établissement, aux heures d'ouverture.	3 mois	<i>Le sujet a été présenté aux instances du mois de juin 2023 : un accueil physique est organisé de 13h30 à 17h du lundi au vendredi depuis le 25/09/2023. L'agent qui occupe ce poste est en cours de reconversion professionnelle.</i>
-----------	---	-------------	---	---------------	--

La mission souligne la remise en place d'un accueil physique au sein de l'établissement. Considérant que l'agent occupant ce poste est en phase d'immersion dans le cadre d'une reconversion professionnelle, l'établissement devra informer la mission de l'intégration définitive de cet agent sur ce poste. La recommandation est levée.

R6	La signalétique manque de lisibilité et ne permet pas de s'orienter facilement au sein de l'établissement.	Rec6	Revoir la signalétique au sein de l'établissement dans l'objectif de faciliter l'orientation des visiteurs.	6 mois	<i>La mise à jour de la signalétique est engagée.</i>
-----------	--	-------------	---	---------------	---

La recommandation est maintenue dans l'attente de la finalisation de la mise à jour de la signalétique.

R7	La gestion de l'accès aux véhicules, dans le cadre de l'organisation de sorties collectives pour les résidents, n'apparaît pas optimale.	Rec7	Mettre en place une organisation du parc de véhicules à disposition de l'établissement dans l'objectif d'en faciliter l'accès pour les personnels lors des sorties organisées au bénéfice des résidents.	3 mois	Une convention de financement concernant l'acquisition pour l'EHPAD Sainte-Anne d'un minibus de 9 places avec hayon élévateur entièrement automatique a été signée avec la Fondation des Hôpitaux.
-----------	--	-------------	--	---------------	--

La mission prend acte de la convention de financement signée pour l'acquisition d'un véhicule dédié à l'établissement. La recommandation est levée. Vous informerez la mission d'inspection de l'acquisition.

R8	l'établissement n'a pas transmis les éléments justifiant les qualifications du médecin coordonnateur.	Rec8	Transmettre à la mission les justificatifs des qualifications du médecin coordonnateur.	Immédiat	Les justificatifs des qualifications du [REDACTED] sont présentés en Annexe R8.
-----------	---	-------------	---	-----------------	---

La mission prend acte des justificatifs transmis. La recommandation est levée.

R9	La continuité de la traçabilité des bilans de chute n'est pas régulière.	Rec9	Assurer la traçabilité des bilans réalisés concernant les chutes, dans les dossiers des résidents.	1 mois	Un rappel a été réalisé par l'encadrement à l'animatrice d'Activités Physiques Adaptées et aux professionnels pour tracer de façon régulière les bilans de chute dans les dossiers des résidents. Un groupe issu du collectif cadre collaborant avec la communauté médicale travaille sur l'évaluation et la prévention du risque de chute chez la personne âgée (EPP existante).
-----------	--	-------------	--	---------------	---

La mission prend acte de la dynamique dans laquelle l'établissement s'engage qui devra se traduire de manière opérationnelle et pérenne. La recommandation est levée.

R10	Il existe des protocoles sans formalisme, dit « sauvages », ce qui constitue une mauvaise pratique en matière de politique qualité.	Rec10	Formaliser les protocoles et les diffuser dans l'objectif de viser l'homogénéité des bonnes pratiques.	3 mois	Les protocoles sans formalisme ont été retirés par l'encadrement. Les protocoles utilisés en vigueur seront formalisés selon notre circuit gestion documentaire.
------------	---	--------------	--	---------------	--

La mission prend acte du retrait des protocoles qui n'étaient pas formalisés. La recommandation est maintenue dans l'attente de la formalisation des protocoles selon le circuit de gestion documentaire de l'établissement.

R11	Le coffre à stupéfiants du deuxième étage est insuffisamment sécurisé.	Rec11	Assurer la sécurisation du coffre à stupéfiants du deuxième étage.	Immédiat	<i>La clé du coffre à stupéfiants du 2ème étage a été déplacée dans une nouvelle boîte à clés accessible exclusivement aux IDE.</i>
La recommandation est levée.					
R12	Le suivi des températures du réfrigérateur n'est pas régulier.	Rec12	Assurer le suivi des températures du réfrigérateur de la salle de soins.	Immédiat	<i>Un rappel aux professionnels et un contrôle sur les bonnes pratiques ont été réalisés par l'encadrement.</i>
La recommandation est maintenue.					
R13	Il n'existe pas de liste des médicaments écrasables.	Rec13	Formaliser une liste des médicaments écrasables et la diffuser auprès des personnels.	1 mois	<i>Une liste des médicaments écrasables existe depuis 2020 et a été diffusée depuis le 21/12/2020 à tous les services du CHVSM (cf. extrait en annexe R13). De plus cette liste est accessible sur notre base documentaire BK. Dans le logiciel « Hopital Manager », il est précisé si un médicament est écrasable ou non. Cette information est reprise sur les sachets des traitements préparés par l'automate.</i>
La mission prend acte des éléments transmis. La recommandation est levée.					

R14	Les médecins du site de Verdun, amenés à rédiger des prescriptions pour les résidents de l'EHPAD de Saint-Mihiel ne saisissent pas dans le SI de l'établissement.	Rec14	Sensibiliser tous les médecins, notamment les médecins exerçant au sein du CHVSM, à la nécessité de renseigner les dossiers des résidents, s'agissant entre autres des prescriptions médicales.	3 mois	<i>Une sensibilisation est réalisée via des formations « Hopital Manager » qui sont régulièrement dispensées par le groupe Dossier Patient Informatisé aux médecins du CHVSM. Dans le logiciel Hopital Manager, les prescriptions sont accessibles jusqu'à 48h après la sortie d'hospitalisation afin d'être reconduites, une fois de retour en EHPAD, par le médecin traitant ou le médecin coordonnateur. Ce fonctionnement est défini dans le document institutionnel « Docto Dico », pages 9 à 11 (Annexe R14). Un protocole d'organisation entre l'IPA et les médecins traitants est défini pour les résidents de l'EHPAD.</i>
------------	---	--------------	---	---------------	---

La mission prend acte des actions mises en œuvre par l'établissement. La recommandation est levée.

R15	La traçabilité des traitements dans les dossiers de soins des résidents est insuffisante.	Rec15	Assurer un traçabilité exhaustive des traitements dans les dossiers de soins des résidents.	1 mois	<i>Un rappel des bonnes pratiques a été réalisé par l'IPA auprès des IDE et par le médecin coordonnateur (ex: modification des prescriptions de morphine) auprès de ses collègues médecins traitants. Des formations « Hopital Manager » sont dispensées par le groupe Dossier Patient Informatisé aux médecins.</i>
------------	---	--------------	---	---------------	--

La mission prend acte des actions mises en œuvre. La recommandation est levée.

R16	Le temps de jeun entre le dîner le soir et le petit-déjeuner le matin peut dépasser 12h.	Rec16	Revoir l'organisation des horaires de repas pour limiter le temps de jeun à 12 heures maximum entre le dîner et le petit-déjeuner le lendemain.	3 mois	<i>Cette problématique a été abordée lors d'une réunion le 16/06/2023. Le repas du soir a été reculé de 30 minutes (18h au lieu de 17h30), un apéritif accompagné de toasts réalisés par les résidents est servi dès 17h30. Une collation nocturne a été instaurée matin et/ou soir pour tous les résidents qui le souhaitent.</i>
------------	--	--------------	---	---------------	--

La mission prend acte de la nouvelle organisation des repas. La recommandation est levée.

R17	La mission a pu relever des appréciations hétérogènes quant à la qualité des repas.	Rec17	Evaluer l'organisation des repas, tant sur un plan qualitatif que quantitatif, en lien avec les résidents. Le cas échéant, mener les actions correctrices nécessaires pour assurer la qualité des repas.	3 mois	<i>La qualité et la quantité des repas ont été abordées en commission des menus et au CVS du 18/09/2023. Une étude quantitative des aliments a été réalisée par le service restauration. Les quantités ont été adaptées aux consommateurs en modulant les portions. Maintenant, l'animatrice recense auprès de l'ensemble des résidents leurs souhaits et goûts alimentaires pour permettre l'organisation de repas à thème type « comme à la maison ». Une évaluation sera réalisée pour le CVS du 21/12/2023.</i>
------------	---	--------------	--	---------------	---

La mission prend acte de la nouvelle organisation des repas et notamment le travail réalisé sur l'évaluation de la qualité des repas. La recommandation est levée.

R18	L'animatrice n'intervient pas au sein de l'unité Alzheimer.	Rec18	Organiser l'accès aux animations pour les résidents de l'unité Alzheimer	1 mois	<i>L'animatrice de l'EHPAD de St Mihiel travaille en collaboration avec l'équipe paramédicale de l'UA. 40% des AS de l'UA sont formées Assistant de Soins en Gériatrie avec un rôle prépondérant dans l'animation auprès des résidents. L'objectif est de former 100%. Mis au plan de formation.</i>
------------	---	--------------	--	---------------	--

La mission prend acte des actions engagées. La recommandation est maintenue dans l'attente de la formation prévue de l'ensemble des AS intervenant au sein de l'unité Alzheimer.

R19	La transmission des EI et EIG aux autorités de tutelle n'est pas exhaustive.	Rec19	Assurer l'exhaustivité des transmissions d'EI et d'EIG aux autorités de tutelle.	Immédiat	<p><i>Le jour de la visite, il a été constaté qu'un ascenseur était non fonctionnel. Pour autant, d'autres ascenseurs permettent l'accès aux différents étages de la structure et ne remettent aucunement en question les déplacements dans l'EHPAD.</i></p> <p><i>La Direction porte une attention particulière à l'exhaustivité des transmissions d'EI/EIG aux autorités de tutelles.</i></p>
------------	--	--------------	--	-----------------	---

La mission prend acte de la position de l'établissement. La recommandation est maintenue.

R20	La plan de formation ne prévoient pas de formations spécifiques à la gestion de crise.	Rec20	Organiser l'accès, pour les personnels, à des formations à la gestion de crise.	1 an	<i>En avril-mai 2023, l'encadrement a été formé au « management en situation de crise et post-crise ». Une sensibilisation à la gestion de crise est programmée dans le cadre de la réécriture du plan bleu en y associant les professionnels (observation faite par les auditeurs dans le cadre de l'évaluation externe).</i>
------------	--	--------------	---	-------------	--

La recommandation est levée.