

Direction de l'Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :

[REDACTED]

Courriel :

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier Emile DURKHEIM
EHPAD de Golbey
13 rue Eugène Luthère
88191 GOLBEY

Objet : Décision administrative suite à inspection

Monsieur le Directeur,

Votre établissement a fait l'objet d'une inspection inopinée, en lien avec les services du Département des Vosges, le 05 mars 2024, au sein de l'EHPAD de GOLBEY.

Cette inspection s'est inscrite dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des 7500 EHPAD du territoire national, en 2 ans, à mener par les ARS en avec les Départements.

Le rapport d'inspection ainsi que le recueil préalable d'observations avant décision administrative vous ont été transmis par mail en date du 04 juillet 2024, ouvrant ainsi une période de trois mois pour vous laisser la possibilité d'apporter vos réponses, conformément aux dispositions de l'article L122-1 du code des relations entre le public et l'administration.

Dans le cadre de cette procédure contradictoire, vous avez apporté vos éléments de réponse en date du 8 octobre 2024.

Vous trouverez la synthèse l'ensemble des mesures retenues dans le tableau en annexe.

Les prescriptions suivantes sont maintenues : 4. et 5.

Les prescriptions suivantes sont levées : 1, 2, 3.

Les recommandations suivantes sont maintenues : 1, 4,8, 14, 16, 17.

Les recommandations suivantes sont levées : 2,3, 5, 6, 7, 8 à 13, 15.

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 et après réception du présent courrier, les éléments justificatifs demandés des mesures mises en œuvre à la Délégation Territoriale des Vosges de l'ARS ainsi qu'au Département des Vosges ainsi qu'aux adresses mails indiquées ci-dessus (contacts).

Vous pouvez également apporter des commentaires au rapport d'inspection par courrier complémentaire.

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

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

Le Président du Département des
Vosges

Dr Christelle RATIGNIER-CARRO

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé
GRAND EST
Pour la directrice générale et
par délégation - Le Directeur
Général Adjoint Métiers,

François VANNSON

Copie : Département des Vosges
ARS : DA, DT des Vosges

Annexe 1

Tableau récapitulatif des écarts et des prescriptions définitives

Remarque majeure		Libellé de la prescription	Délai de mise en œuvre
REMARQUE MAJEURE 1 : le suivi de l'état nutritionnel par des pesées n'est pas régulier, alors qu'une feuille de suivi de poids est existante. Par ailleurs, le logigramme de prise en charge de la dénutrition, dont la date de validité est dépassée, ne précise pas la périodicité des pesées.		Pre 1 : Retravailler le logigramme et protocole de suivi nutritionnel, sensibiliser les équipes sur le sujet, veiller à ce que le suivi nutritionnel soit réalisé et qu'il soit conforme aux bonnes pratiques de la HAS. (https://www.has-sante.fr/jcms/p_3297932/fr/diagnostiquer-plus-precoce-ment-la-denutrition-chez-la-personne-agee-de-70-ans-et-plus).	Immédiat LEVEE Le protocole a été mis à jour et deux sessions de sensibilisation auprès de vos équipes ont été effectuées.
Ecart (référence)		Libellé de la prescription	Délai de mise en œuvre
E 1	ECART 1 à l'article D311-3 du CASF : Une commission de coordination gériatrique a été organisée en 2023, le 14 juin 2023 (invitation transmise à l'équipe d'inspection), aucun médecin ne s'est déplacé, elle ne s'est donc pas tenue. Aucun compte rendu n'a été transmis à la mission.	Pre 2 Relancer la programmation des tenues de CCG.	1 mois LEVEE : une CCG s'est tenue le 24/09/2024, le compte rendu a été transmis. La mission note que malheureusement aucun médecin traitant ne s'est déplacé.
E 2	ECART 2 à l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques : le local DASRI situé dans le bâtiment D n'est pas conforme à la réglementation.	Pre 3 Aménager un local DASRI au sein de l'établissement, en conformité avec la réglementation.	6 mois LEVEE : une serrure a été ajoutée, et la convention d'enlèvement révisée ainsi que la procédure de gestion des déchets.
E3	ECART 3 : Le temps de travail en équivalent temps plein du médecin coordonnateur contrevient aux dispositions de l'article D. 312 -156 du CASF.	Pre4 Se conformer à la réglementation pour le temps de MEDEC (0,80 ETP pour plus de 100 places) en actionnant les leviers disponibles tels : - Augmentation de l'ETP du MEDEC,	6 mois MAINTENUE dans l'attente que l'annonce parue porte ses fruits.

			- Recrutement d'un 2ème MEDEC, afin de compléter le temps de travail requis - Recours à la télé coordination médicale en renfort du MEDEC sur site.	
E4	ECART 4 à l'article D312-160 du CASF : l'EHPAD de Golbey ne dispose pas d'un plan bleu, détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. Aucun référent n'est nommé.	Pre5	En lien avec la recommandation n° 1, rédiger, ou intégrer au projet d'établissement existant, des dispositions relatives à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, spécifiques à l'EHPAD de Golbey	6 mois MAINTENUE dans l'attente que sa rédaction prévue en janvier soit effective.

Remarques		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R 1	Le projet d'établissement, malgré son volet Personnes Agées n'est pas décliné EHPAD par EHPAD avec le détail de projet de soins par chacun d'entre eux.	Rec1	Inclure dans le projet d'établissement un volet propre à l'EHPAD de GOLBEY	6 mois MAINTENUE dans l'attente de sa finalisation (mise en place de groupes de travail par thématiques avec pilote).
R 2	Le projet d'établissement n'est connu que par une partie du personnel.	Rec2	Mettre à disposition le projet dans la gestion documentaire ou mettre en place une communication afférente à celui-ci.	3 mois LEVEE : un rappel a été fait indiquant sa disponibilité dans sa version synthétique dans toutes les salles de soins.
R3	La signalétique ne permet pas d'identifier l'EHPAD en tant qu'établissement à part entière sur le site de l'hôpital de Golbey et de le trouver facilement.	Rec3	Revoir la signalétique afin d'identifier précisément l'EHPAD et afin de faciliter l'orientation des visiteurs entre les différents bâtiments et services.	3 mois LEVEE : la signalétique a été actualisée.
R4	L'EHPAD ne dispose pas d'un accueil spécifique avec présence d'un agent.	Rec4	Organiser un accueil spécifiquement dédié à l'EHPAD	6 mois MAINTENUE dans l'attente de la mise en œuvre pour l'été 2025, projet intégré au CPOM 2024 2028.
R5	Il existe des dangers potentiels, liés aux locaux, qui ne sont pas nécessairement identifiés et qui peuvent représenter un risque pour les résidents.	Rec5	Réaliser une étude sur les dangers potentiels liés aux locaux dans l'objectif de les sécuriser.	3 mois LEVEE : les points d'insécurité ont été identifiés et les verrous ont été installés.

R6	Les locaux techniques sont mal identifiés et ils ne sont pas systématiquement sécurisés.	Rec6	Revoir l'organisation et la gestion des différents locaux techniques de rétablissement	3 mois LEVÉE à la suite de l'installation de fermetures.
R7	L'établissement ne dispose pas de locaux dédiés aux personnels pour qu'ils puissent prendre leur pause.	Rec7	Aménager un espace dédié aux personnels.	6 mois LEVÉE : des salles ont été attribuées et ont fait l'objet de réfection.
R8	Les deux cadres de santé n'ont pas suivi de formation particulière de cadre ou de coordination en EHPAD.	Rec8	Evaluer les besoins en formation spécifique pour accompagner les cadres.	3 mois MAINTENUE dans l'attente de la finalisation de la formation « nouveau manager » pour les deux cadres et du suivi d'une préparation à l'entrée de l'institut de formation des cadres de santé.
R9	Il n'a pas été retrouvé dans les dossiers médicaux ou dossiers de soins de feuilles de suivi hydrique notamment sur les périodes estivales.	Rec9	Assurer la traçabilité du suivi hydrique	Immédiat LEVÉE : le protocole a été révisé pour adaptation au secteur EHPAD, avec une feuille à mettre dans l'office ou dans la chambre selon les pratiques du service puis à conserver dans le dossier patient.
R10	Les ergothérapeutes ne sont pas associés à l'intervention de l'équipe mobile citée supra. L'intervention de celle-ci, sur la thématique des chutes si tel est vraiment le cas, n'est pas notée dans la procédure afférente. De plus, le plan de soin Guide chute n'est rempli qu'une fois la chute survenue.	Rec10	Associer les ergothérapeutes lorsque l'équipe mobile intervient sur ce champ, renseigner le plan guide pour chaque résident, partie " info avant la chute "	Immédiat LEVÉE : le protocole CHUTE a été révisé pour adaptation au secteur EHPAD avec précision du lien avec les ergothérapeutes.
R11	Sur le sujet des pansements, les fiches vertes de suivi des pansements 'fiche de réfection' ne sont pas toutes remplies de manière satisfaisante ; non détaillée quant aux mesures prises, sans photo des escarres ou des plaies permettant de suivre l'évolution.	Rec11	Assurer une totale complétude des fiches vertes de suivi des pansements, Suivre l'évolution et en assurer la traçabilité.	Immédiat LEVÉE : un rappel des pratiques a été effectué ainsi qu'un achat de tablettes pour permettre un suivi photographique.

R12	Il existe une fiche rédigée en 2015 et validée en 2020, pour le CH, non spécifique à l'EHPAD. Lors des entretiens, le personnel n'avait pas connaissance d'une procédure spécifique et de matériel adapté pour la prise en compte des prothèses dentaires.	Rec12	Porter à la connaissance ou procéder à un rappel de cette procédure.	Immédiat LEVÉE : le protocole a été actualisé avec une intervention programmée à fin 2024 de l'union française des soins buccodentaires.
R13	Des protocoles sont très anciens tel que celui de la contention par exemple, ou celui relatif aux escarres, d'autres sont très axés sur le versant sanitaire. Celui sur le sujet de l'hydratation ne stipule que l'hydratation par voie sous cutanée. Les fiches GEA IRA ne sont pas adaptées.	Rec13	Faire le recensement des protocoles à revoir et procéder à leur révision pour leur adaptation au secteur médico-social. De même pour les fiches GEA IRA.	6 mois LEVÉE : les procédures ont été actualisées.
R14	Pour les 4 secteurs H1, 2,3, 4 : le dossier des patients est au format papier, seule la prescription est informatisée. Les rdvs médicaux sont inscrits sur un agenda.	Rec14	Avancer sur la réflexion de mettre en place un logiciel de soins adapté EHPAD.	Immédiat MAINTENUE dans l'attente du planning de déploiement (courant 2025)
R15	Le suivi de relevé de température des réfrigérateurs en salle de soin indique des manques sur certains jours.	Rec15	Assurer l'effectivité du suivi et sa traçabilité.	Immédiat LEVÉE : rappel effectué aux agents, mise en place de sonde, procédure effective.
R16	Il n'y a qu'un seul chariot pour tous les secteurs EHPAD et USLD. Ce chariot est disposé à l'étage de l'USLD. Il est scellé, le contenu des tiroirs est identifié. Il est vérifié une fois par mois, de même que le défibrillateur.	Rec16	Prévoir un sac d'urgence au minima par étage.	1 mois MAINTENUE : une réflexion est en cours avec la pharmacienne et le médecin coordonnateur pour définir le type de sac et son contenu.
R17	Les entretiens indiquent que la majorité des PAP sont à réviser. Un travail est actuellement réalisé pour en changer la trame.	Rec17	Activer la révision des PAP, de façon pluridisciplinaire.	6 mois MAINTENUE : la trame a été réactualisée, reste à activer la révision effective des PAP.

