

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

La Directrice Générale de l'ARS Grand Est

A

Madame Manon FOGOLA
EHPAD Dr L'Hoste
33 avenue Jean Jaurès
08000 VILLERS SEMEUSE

Nos réf. : 2022D/824/ID

Nancy, le 6 JUIL. 2022

Lettre Recommandée avec AR n° 2C 160 697 8125 5

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : Tableau des prescriptions et recommandations

Nous avons diligenté, le 18 février 2022, une inspection à l'EHPAD ORPEA Dr L'Hoste.
Nous vous avons transmis le 22 avril 2022 le rapport d'inspection et les décisions que nous envisageons de prendre.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons demandé de nous présenter, **dans le délai de 15 jours**, vos observations sur les mesures correctives envisagées.
Nous avons réceptionné votre réponse en date du 10 mai 2022.

Après avoir étudié vos observations et pris en compte les actions d'ores et déjà mises en œuvre, qui ont permis de lever certaines prescriptions, recommandations, nous vous notifions la présente décision.

I. Prescriptions

La prescription n°5 est levée, les prescriptions n° 1, 2, 3, 4 sont maintenues.

Nous vous demandons de :

Prescription 1 : « Avancer dans le temps les groupes de travail pour achever l'écriture du projet d'établissement ». Nous prenons note du planning des groupes de travail à venir mais rappelle que ceux-ci sont restés sans réunion de juin 2021 à avril 2022 et qu'il reste à transmettre à l'ARS et au Conseil Départemental dès achèvement (début octobre d'après votre planning).

Prescription 2 : « Accentuer/ Poursuivre les efforts dans les tentatives de recrutement en lien avec le médecin coordonnateur régional dont la fiche métier (datant de février 2015) précise « participer au recrutement des Médecins Coordonnateurs de sa région ». Vous avez fait parvenir l'affiche de recrutement, nous vous indiquons que celle-ci comporte une erreur quant au sigle EHPAD qui ne s'écrit pas EPHAD. La prescription est maintenue tant qu'il n'y a pas de médecin coordonnateur à hauteur de la capacité d'accueil de résidents.

Prescription 3 : « S'assurer lors du recrutement et avant la prise de poste que le personnel est qualifié ». Nous avons eu connaissance, dès l'envoi de la décision initiale, que vous aviez régularisé la situation individuelle de Mme. S. avec un avenant à son contrat et une mise à pied de deux jours. Pour autant, la prescription reste maintenue dans le cadre de recrutements à venir.

Prescription 4 : « Organiser et coordonner les commissions de coordination gériatrique ». Sensibiliser les médecins traitants à l'importance de leur participation effective à celle-ci ; les organiser en lien avec le médecin coordonnateur régional.

Nous constatons qu'une prochaine commission est organisée, pour laquelle vous nous avez transmis copie de l'invitation aux médecins, invitation non signée par ailleurs. Le compte rendu sera à transmettre à l'ARS et au Conseil Départemental et il convient d'ores et déjà de planifier les suivantes.

II. Recommandations

Les recommandations n° 1, 5, 6, 7, 9 sont levées, les recommandations n° 2, 3, 4, 8, 10 sont maintenues.

Nous vous recommandons de :

- **Recommandation 2 :** « Informer le CVS des EIG qui se produisent ». Vous indiquez qu'ils seront abordés lors des prochains CVS, aussi nous vous demandons de transmettre les compte rendus 2022 à l'ARS et au Conseil Départemental.
- **Recommandation 3 :** « Tenir à jour le registre de bientraitance. Mettre en place des formations dispensées par la référente qu'il convient préalablement de former. » Vous précisez en réponse que des formations vont être réalisées en date du 30/06/2022, que le registre sera de nouveau complété et qu'un comité éthique national va être mis en œuvre. Nous vous remercions de bien vouloir nous transmettre les prochains comptes rendus de celui-ci et, dans l'attente, nous maintenons la recommandation.
- **Recommandation 4 :** « S'assurer de la tenue des comités de pilotage « Démarche Qualité gestion des risques » et de la participation effective du personnel dédié à ce sujet ». Un COPIL s'est tenu fin février 2022. Les comptes rendus des prochains COPIL de 2022 seront également à transmettre à l'ARS et au Conseil Départemental.
- **Recommandation 8 :** « Equiper les salles d'eau et tous les toilettes de tirette d'appel ». Vous nous avisez des demandes de devis en cours. Les factures à l'issue des travaux devront être transmises à l'ARS et au Conseil Départemental.
- **Recommandation 10 :** « Etablir une convention avec le secteur psychiatrique » : Vous nous informez que celle-ci reste à actualiser, aussi nous vous remercions de transmettre la convention lorsqu'elle le sera.

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 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 à :

- la **Délégation Territoriale des Ardennes de l'ARS Grand Est** - Pôle Offre de Soins et Autonomie 18 avenue François Mitterrand - CS 90717 - 08013 Charleville-Mézières Cedex ainsi qu'à :
- **La Direction de l'Autonomie du Conseil Départemental des Ardennes**, services Personnes Agées Hôtel du Département CS 20001 08011 Charleville Mézières Cedex

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.

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

Virginie CAYRÉ



Le Président du Conseil Départemental
des Ardennes

Noël BOURGEOIS



Copie :

ARS Grand-Est : Délégation territoriale des Ardennes, Département 08
Direction de l'Autonomie
Conseil Départemental des Ardennes

Annexe

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

	Ecart	Référence	Page	Libellé de la prescription	Délai de mise en œuvre
E1	Le projet d'établissement n'est pas écrit.	Article L311.8 du CASF	12	Avancer dans le temps les groupes de travail pour achever l'écriture du projet d'établissement. Le transmettre à l'ARS et CD dès achèvement.	6 MOIS
E2	Il n'y a pas de médecin coordonnateur dans cet établissement et ce depuis 2015. Ce poste est budgété à hauteur de 0.30 ETP	Article D312-156 du CASF	16	Accentuer les efforts dans les tentatives de recrutement en lien avec le médecin coordonnateur régional dont la fiche métier (datant de février 2015) précise « participer au recrutement des Médecins Coordonnateurs de sa région » Corriger l'erreur sur la fiche de recrutement	IMMEDIAT
E3	Le jour de l'inspection, il s'avère qu'un agent, répertorié comme AS, n'est pas titulaire du diplôme. Précisé à la directrice de l'établissement les jours suivants, celle-ci a indiqué : « La demande de production de son diplôme, réitérée à plusieurs reprises sans effets, <u>n'a pas été menée à son terme</u> » ce qui constitue un écart à la réglementation.	Article L312-1 II du CASF	18	S'assurer lors du recrutement et avant la prise de poste que le personnel est qualifié.	IMMEDIAT pour les recrutements à venir. La situation évoquée en écart a été régularisée par la direction de l'EHPAD en date du 04 mars 2022

E4	<p>La fréquence de la CCG (commission de coordination gériatrique) n'est pas conforme à la réglementation qui prévoit au minimum 1 réunion par an. Une a été réalisée en 2018, une en 2019, 0 en 2020, une a été organisée en 2021 mais ne s'est pas tenue : ni le médecin coordonnateur régional ni les médecins traitants ne se sont déplacés.</p>	Article D.312-158 du CASF	24	<p>Sensibiliser les médecins traitants à l'importance de leur participation effective à celle-ci ; les organiser/ planifier en lien avec le médecin coordonnateur régional dont le point 8 de la fiche métier précise : « Organiser et coordonner les commissions de coordination gériatrique »</p>	IMMEDIAT
E5	<p>La dotation de morphine prévue est de 10 alors que 18 ampoules ont été comptabilisées dans le coffre à stupéfiants. La traçabilité des stocks n'est globalement pas assurée. Du Fentanyl a également été retrouvé hors du coffre à stupéfiants</p>	<p>Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique</p>	27	<p>Placer tous les stupéfiants dans le coffre sécurisé dédié ne contenant rien d'autre. Assurer un enregistrement sur un état récapitulatif d'administration des stupéfiants mentionnant les données citées dans la réglementation Elaborer une procédure de gestion des stupéfiants non utilisés et une procédure de gestion des stocks des stupéfiants</p>	REALISEE

	Remarques	Page	Libellé de la recommandation	Délai de mise en œuvre
R1	Il n'y a pas de poste de directeur/directrice adjointe, ni d'adjointe à la direction (ce sont deux postes différents) comme dans d'autres EHPAD du même groupe et de la même capacité. Le soutien des directeurs d'autres sites ORPEA proches n'intervient qu'en astreinte. Il n'est pas adapté que l'assistante de direction puisse assurer la continuité des missions de la directrice. La fiche métier de l'assistante ne l'indique pas.	13	Formaliser la continuité du processus décisionnel et l'inscrire dans les fiches métiers concernées.	REALISEE
R2	Le CVS pouvant donner son avis sur le fonctionnement de l'établissement, n'est pas Informé des EIG.	14	Informer le CVS des EIG qui se produisent. - Comptes rendus 2022 à transmettre à l'ARS et au conseil départemental.	IMMEDIAT (lors des prochains CVS)
R3	Il n'y a pas de déclinaison opérationnelle locale tracée de la politique de promotion de la bientraitance. Les agents ne se sont pas appropriés les outils (nombreux protocoles en lien avec le sujet ainsi qu'une bibliothèque documentaire sur la prévention de celle-ci (cartographie, charte des droits). Un registre de la bientraitance existe, gérée par la directrice mais il n'est pas rempli depuis mai 2021.	14	Tenir à jour le registre de bientraitance Mettre en place des formations dispensées par la référente qu'il convient préalablement de former (cf remarque 6)	IMMEDIAT
R4	Les comités de pilotage « Démarche Qualité gestion des risques » ne se réunissent pas à la fréquence prévue (une fois par semaine selon	15	S'assurer de la tenue des comités de pilotage « Démarche Qualité gestion des risques » et de la participation effective du personnel dédié à ce sujet.	IMMEDIAT

	la référente qualité régionale) alors qu'ils le seraient deux fois par an en réalité, peu de compte rendus de ceux-ci ont été obtenus. A la lecture de ceux mis à disposition, l'IDEC n'y participe pas, elle n'est pas citée dans les personnes présentes, ni excusées.			
R5	Le formulaire de signalement n'est pas adapté à la situation locale: les coordonnées de l'ARS Grand Est n'y sont pas apposées, le numéro téléphonique du Point Focal Régional de l'Agence n'est affiché nulle part. Ces informations devraient également figurer sur certains protocoles comme par exemple sur celui relatif aux fugues. Il n'y a pas de système établi de recueil des EI. Le personnel ne s'est pas approprié la politique Qualité du groupe. Personne dans la structure, à notre demande, n'a pu citer l'existence de la charte de confiance.	15	<p>Modifier le formulaire de signalement au contexte Grand Est ainsi que les protocoles en lien avec des déclarations auprès de l'ARS</p> <p>Etablir un système de recueil des EI</p> <p>Mettre en place une information permettant aux personnels de s'approprier la politique Qualité du groupe.</p>	REALISEE (maintenir la vigilance sur le sujet)
R6	L'AS référente Bientraitance n'a reçu aucune formation depuis deux ans.	19	Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation 2022 comprenant entre autres les formations destinées à cet agent. Le transmettre à l'ARS et au CD	REALISEE
R7	La salle de bain des chambres est peu sécurisée car elle comprend une douche avec une marche très haute qui peut engendrer des chutes. Par conséquent, aucune douche en chambre n'est réalisée; une salle d'eau avec douche et WC, par étage, le permet.	20	Matérialiser la marche, sensibiliser les résidents à cette vigilance	REALISEE
R8	Les différentes salles d'eau ne sont pas toutes équipées de dispositif d'appels pour sanitaires (tirette d'appel éjectable). Les toilettes, quel que	20	Equiper les salles d'eau et tous les toilettes de tirette d'appel	IMMEDIAT

	soit leur emplacement dans l'établissement n'en disposent pas non plus			
R9	Les plans de soins d'ORPEA prévoit une douche par semaine. L'équipe soignante a précisé qu'en donner plus, sur demande, était possible. Pour autant, une résidente a exprimé qu'elle regrettait n'en bénéficier que d'une.	24	Réinterroger chaque résident(e) sur leur souhait de périodicité de douche et respecter celui-ci.	REALISEE
R10	Il n'y a pas de convention avec le secteur psychiatrique contrairement à ce qui est indiqué dans le PAQ	27	Etablir une convention avec le secteur psychiatrique	3 MOIS