RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

CHER DÉPARTEMENT 18

Établissement
EHPAD « Hostellerie du Château » à MASSAY

Inspection du 17 mai 2023

Rapport d'inspection

N° FINESS : juridique : 180001026 géographique :180005860 **Adresse :** 2 Route de Reuilly, 18120 Massay **Organisme gestionnaire :** Bridge Invest SAS Hostellerie Château **Nom du directeur de la structure :** Madame [redacted]	**COMPOSITION DE LA MISSION D'INSPECTION** **selon la lettre de mission du 10 mai 2023 :** **Pour l'Agence Régionale de Santé :** - Madame [redacted], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur - Monsieur [redacted], personne qualifiée. Pour le Conseil Départemental : - [redacted], service Equipement, Contrôle et Tarification des ESSMS - [redacted], Tarificatrice des ESSMS

AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L311-1 et 2 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA). Ces dispositions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous. Si, en application de ces dispositions, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent, ce droit à communication contient cependant des restrictions et notamment :

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés, conformément à l'article L.311-2 du code des relations entre le public et l'administration :

- ➔Ce rapport sera communicable aux tiers après la procédure contradictoire applicable à la décision envisagée du commanditaire ;
- ➔Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration ;
- ➔L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- ➔En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

L'article L.311-5, 2°/f du code des relations entre le public et l'administration dispose que : « *ne sont pas communicables (…), les autres documents administratifs dont la consultation ou la communication porterait atteinte (…) au déroulement des procédures engagées devant les juridictions ou d'opérations préliminaires à de telles procédures, sauf autorisation donnée par l'autorité compétente* ».

3/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication

L'article L311-6 du code des relations entre le public et l'administration dispose que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :*

- *dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle ;*
- *portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
- *faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
- *les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L.1111-7 du code de la santé publique* ».

L'article L.311-7 du code des relations entre le public et l'administration dispose que : « *lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L.311-5 et L.311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

Il appartient au commanditaire de l'inspection et auquel le rapport est destiné, d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

SOMMAIRE

SYNTHESE 4

INTRODUCTION 7

A/ Contexte de la mission d'inspection 7

B/ Modalités de mise en œuvre de la mission d'inspection 7

C/ Présentation de l'établissement 8

I- GOUVERNANCE 9

II- FONCTIONS SUPPORT 12

III- PRISE EN CHARGE 15

IV- RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR 19

V- SYNTHESE 19

VI- CONCLUSION 23

LISTE DES SIGLES UTILISES 24

LISTE DES PROFESSIONNELS ET DES INSTITUTIONNELS DE LA STRUCTURE REÇUS EN ENTRETIEN 25

ANNEXES 26

SYNTHESE

Eléments déclencheurs de la mission d'inspection

Dans le cadre des suites des inspections du 26 octobre 2022 et du 2 janvier 2023, et notamment afin de vérifier la mise en œuvre des mesures à effet immédiat imposées à l'établissement, il a été décidé de diligenter une inspection à l'EHPAD "Résidence l'hostellerie du Château" situé à Massay. La mission d'inspection s'est déroulée de manière inopinée le 17 mai 2023.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

La mission d'inspection a ainsi retenu, en s'appuyant sur l'outil d'aide au contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux de l'IGAS, trois fonctions mises en œuvre dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux : la gouvernance, les fonctions supports et la prise en charge.

Il a été ensuite retenu des items de contrôle dans ces trois champs permettant de procéder à des vérifications de l'existence de dysfonctionnements, de manquements, de négligences, d'organisations inadéquates, de conduites inadaptées pouvant affecter les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement des structures constituant par là-même des facteurs de risque de gravité variable susceptibles de menacer la santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral des personnes accueillies.

Nous avons procédé pour la réaliser à :

- une visite de l'ensemble des locaux ;
- des contrôles documentaires ;
- des entretiens.

Ecarts constatés et remarques formulées par la mission d'inspection

I- Les écarts :

Ecart 1: En ne disposant pas d'un projet d'établissement définissant : une politique détaillée de prévention et de lutte contre la maltraitance, une politique de gestion du personnel (formation etc.), des objectifs en matière de fonctionnement, de coordination, de coopération, des objectifs d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, l'établissement contrevient à l'article L311-8 du CASF.

Ecart 2 : En ne disposant pas d'une astreinte de direction opérationnelle, l'établissement ne permet pas la continuité effective de la direction. La rupture de l'astreinte de direction contrevient à l'article L 311-3-1° du CASF qui dispose qu'un EHPAD doit assurer au résident le : *« respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement».*

Ecart 3 : En ne s'étant pas organisé pour signaler aux autorités administratives et judiciaires les éventuels faits de violence et de maltraitance qui interviendraient en son sein, l'établissement ne respecte pas l'article R.331-8 du CASF.

Ecart 4: En ne disposant pas d'un médecin coordonnateur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.

Ecart 5 : En ne disposant pas de la qualification d'aide-soignant dans l'équipe pour certaines plages horaires, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-155-0 II du CASF, qui dispose que *« Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D.312-156 à D.312-159-*

1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs ».

Ecart 6 : En ne réalisant pas de contrôle préalable à l'administration du médicament via la vérification de l'identité du patient et des médicaments à administrer au regard de la prescription médicale, la vérification de la date de péremption de son aspect, la vérification de conformité du médicament avec la prescription, l'établissement contrevient à l'article L.313-26 du CASF et L.311-3 du CASF sur le volet sécurité.

Ecart 7: L'organisation des soins de nursing favorise les glissements de tâches, et en cela l'établissement contrevient aux articles R.4311-3 et R.4311-4 du CSP.

Ecart 8: L'organisation actuelle favorise le glissement de tâches pour tous les agents. Celle-ci contrevient à l'article L311-3 du CASF sur le volet sécurité.

Ecart 9: En ne sécurisant pas l'accès aux locaux, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.

Ecart 10 : En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L.311-3 et D.312-155-0-I-3° du CASF.

Ecart 11 : En ne respectant pas les rythmes de vie des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.

Ecart 12 : En ne mettant pas à jour les plans de soins, l'établissement contrevient à l'article L 311-3 du CASF sur le volet sécurité des résidents accueillis.

Ecart 13 : En ne respectant pas le principe d'identito-vigilance avec l'affichage de la liste des résidents de l'UVP au 1er étage, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF sur le volet sécurité des résidents accueillis.

II- Les remarques

Remarque 1: En ne mettant pas en place une politique d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques connue, appropriée et accessible par l'ensemble des personnels, l'établissement ne se conforme pas aux recommandations et aux critères du Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux - HAS mars 2022.

Remarque 2 : En l'absence de personnel formé en cuisine et en blanchisserie, l'établissement n'applique pas les méthodes HACCP et RABC.

Remarque 3 : En réduisant les activités au seul temps dédié, l'établissement ne respecte pas les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM qui stipule que *« Réduire la vie sociale aux animations revient donc à être extrêmement réducteur. Les autres temps de sociabilisation sont donc également pris en compte par les EHPAD pour y développer la vie sociale »* - qualité de vie en EHPAD volet 3 - la vie sociale en EHPAD.

Remarque 4: Il convient de prévoir un espace spécifiquement dédié pour les salariés fumeurs.

Remarque 5 : En stockant les pots de peinture dans la salle d'animation, l'établissement ne respecte pas les recommandations en matière de stockage prévues dans le guide Conception et rénovation en EHPAD de l'INRS qui précise : *« Prévoir un local spécifique, avec bacs de rétention, ventilation (VMC) et compensation en air neuf pour le stockage de peintures, diluants ou tout autre produit chimique »* – février 2012.

Remarque 6 : En ne réalisant pas la transmission d'informations entre les équipes, l'établissement ne respecte pas les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM de septembre

2012: Programme de qualité de vie en EHPAD (volet 4). L'accompagnement personnalisé de la santé du résident.

Remarque 7: En dépassant la durée du jeûne nocturne recommandée qui est de 12h maximum, l'établissement ne respecte pas l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 24 août 2021.

Remarque 8: L'établissement ne dispose pas d'une charte de bientraitance spécifique à l'établissement.

Remarque 9: En ne relevant pas la température des réfrigérateurs, l'établissement ne respecte pas les guides de bonnes pratiques d'hygiène (GBPH) et la norme HACCP.

Remarque 10: L'équilibre alimentaire n'est pas respecté conformément aux recommandations établies par le guide de Nutrition du GEMRCN (rapport juillet 2011).

Remarque 11 : En ne tenant pas à jour les plans de soins, l'établissement ne cible pas les actions en cas d'aggravation des incapacités pour pouvoir récupérer, suppléer, compenser autant que possible les pertes récentes : Mobilité/transfert, toilette/habillage, continence, alimentation - Recommandation des bonnes pratiques professionnelles de ANESM de septembre 2012 : Programme de qualité de vie en EHPAD (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident.

Remarque 12: L'absence d'affichage de la nouvelle grille tarifaire des prestataires externes pour l'année 2023, induit une méconnaissance des tarifs en vigueur pour les usagers.

INTRODUCTION

A/ Contexte de la mission d'inspection

L'EHPAD « l'hostellerie du Château » de Massay a été inspecté le 25 février 2022 et le 26 octobre 2022 dans le cadre des ONIC 2022 (Orientations nationales d'inspection-contrôle) et du PRIC 2022 (Programme régional d'inspection-contrôle).
Par ailleurs, une autre inspection a été commanditée le 2 janvier 2023 à la suite d'un signalement effectué par du personnel et des familles de résidents, concernant l'absence d'infirmier et d'aide-soignant de nuit pour le week-end du 30 décembre 2022 au 2 janvier 2023.
Dans ce contexte, afin de vérifier notamment la mise en œuvre des mesures à effet immédiat imposées à l'établissement, il a été décidé de diligenter une nouvelle inspection à l'EHPAD "Résidence l'Hostellerie du Château" à Massay le 17 mai 2023.

B/ Modalités de mise en œuvre de la mission d'inspection

La compétence de contrôle des structures médico-sociales de l'Agence Régionale de Santé est fondée sur les dispositions des articles L.313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF).
La compétence de contrôle des structures sociales et médico-sociales relevant du champ de compétences du Conseil Départemental est fondée sur les dispositions des articles L.313-13 et suivants et L.133-2 du CASF.
Les pouvoirs et prérogatives de l'équipe d'inspection sont ceux définis par les articles L.313-13 à L.313-16 du CASF et les articles L1.421-1 à L.1.421-3 du code de la santé publique (CSP).

L'équipe d'inspection est constituée de 4 personnes :
Pour l'Agence Régionale de Santé :

- Mme. [redacted] Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, en tant que coordonnateur ;
- M. [redacted] Personne qualifiée de l'ARS Centre Val de Loire ;

Pour le Conseil Départemental :

- Mme. [redacted], [redacted] service Equipement, Contrôle et Tarification des ESSMS ;
- Mme. [redacted], Tarificatrice des ESSMS.

Les constats, analyses fondés sur les écarts[1] et les remarques[2] que nous sommes amenés à formuler à l'issue de nos vérifications font l'objet du présent rapport qui comprend les parties suivantes :

I – Gouvernance
II – Fonctions support
III- Prise en charge
IV- Synthèse

Ce rapport est communiqué au gestionnaire afin de recueillir ses éventuelles observations le concernant.

[1] Un écart est l'expression écrite d'une non-conformité, d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables. Il y a lieu de distinguer deux types d'écart : **les écarts** et les **écarts majeurs** selon qu'il existe ou non un danger avéré pour la sécurité sanitaire de l'usager ou la protection des personnes.
[2] Une remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave détecté par les inspecteurs qui ne peut être caractérisée au regard d'un texte juridiquement opposable.

C/ Présentation de l'établissement

L'inspection a été menée sur le site de l'EHPAD « L'hostellerie du Château » » situé 2 route de Reuilly à MASSAY (18120) gérée par Bridge Invest SAS Hostellerie du Château.
Pour rappel, l'établissement inspecté se présente comme suit :

Statut / capacité	Privé lucratif	52 places
Date d'autorisation	Autorisation initiale : 21 juillet 1989	Renouvellement de l'autorisation le 15 mai 2019
GMP / PMP	GMP : 633	PMP : 184

I- GOUVERNANCE				
1-1 Conformité aux conditions de l'autorisation	**OUI**	**NON**	**EN PARTIE**	**ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS**
- La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ? - Nombre de personnes accueillies au jour de l'inspection ? - Nombre de chambres ? - Nombre de lits ?	x			La capacité autorisée est de 52 lits. L'établissement dispose de 52 chambres dont 2 doubles (soit 54 lits).
1-2 Management et stratégie				
1.2.1 Le projet d'établissement ou de service/ le règlement de fonctionnement				
- Existe-t-il un règlement de fonctionnement en vigueur au sein de la structure et conforme aux exigences réglementaires du CASF (art R311-33 à R311-37)? - Existe-t-il un projet d'établissement ?			x	Le règlement de fonctionnement est affiché dans le hall d'entrée. Un projet d'établissement existe pour 2023-2027. Cependant, il n'aborde pas les thématiques attendues et ne dispose pas d'objectif détaillé pour celles-ci. **<u>Ecart 1</u> : En ne disposant pas d'un projet d'établissement définissant :** • **une politique détaillée de prévention et de lutte contre la maltraitance** • **une politique de gestion du personnel (formation etc.)** • **des objectifs en matière de fonctionnement, de coordination, de coopération,** • **des objectifs d'évaluation des activités et de la qualité des prestations,** **l'établissement contrevient à l'article L311-8 du CASF.**
1.2.2 Pilotage / Délégations de pouvoirs				
- Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les	x			L'organigramme à jour est affiché dans le hall d'entrée.

fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ?				
- La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?			x	Les astreintes sont organisées en plusieurs niveaux : local et national ([redacted]). Les numéros de téléphone d'astreinte font l'objet d'un affichage dans la salle de repos du personnel et sont connus de tous. Lors de la visite d'inspection, [redacted] a indiqué qu'elle était seule d'astreinte et que le niveau national ne fonctionnait pas. Par ailleurs, le personnel de l'établissement a alerté les autorités de tutelles sur les difficultés à joindre l'ensemble des niveaux d'astreinte au cours de l'inspection. Le samedi 13 mai 2023, l'astreinte de l'ARS a été contactée par le personnel de l'établissement concernant la présence d'une seule AS de 19h à 20h et l'absence de personnel de 20h à 21h pour le secteur hébergement. Lors de cet appel, il a été précisé que l'ensemble des niveaux d'astreinte ne répondait pas mettant ainsi en danger la sécurité des résidents par défaut de surveillance. Les déclarations des membres du personnel confirment les dysfonctionnements constatés à l'occasion. **<u>Ecart 2</u>: En ne disposant pas d'une astreinte de direction opérationnelle, l'établissement ne permet pas la continuité effective de la direction. La rupture de l'astreinte de direction contrevient à l'article L 311-3-1° du CASF qui dispose qu'un EHPAD doit assurer au résident le : *« respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, <u>de sa sécurité</u> et de son droit à aller et venir librement ».***
1-3 Gestion de la qualité				
1.3.1 Gestion des risques, des crises et des incidents graves				
- Existe-t-il un dispositif opérationnel adapté de recueil, d'analyse et de suivi des incidents importants ou des évènements indésirables graves (EIG) compromettant la santé et/ou la sécurité des personnes accueillies ?			x	L'établissement a transmis une procédure de signalement d'évènements indésirables (EI) ou de situations exceptionnelles et dramatiques ainsi qu'une charte d'incitation à la déclaration d'évènements indésirables. La procédure est affichée au sein de la salle de repos du personnel. A la suite des entretiens réalisés par la mission d'inspection, il en ressort une procédure non opérationnelle du fait d'une non appropriation de la procédure de la part du personnel et d'une méconnaissance de ce qu'il relève d'un EIG. En l'absence de conduite claire à tenir, le salarié peut

				mettre en danger le résident en portant atteinte à sa dignité, son intégrité et sa sécurité. **<u>Ecart 3</u> : En ne s'étant pas organisé pour signaler aux autorités administratives et judiciaires les éventuels faits de violence et de maltraitance qui interviendraient en son sein, l'établissement ne respecte pas l'article R.331-8 du CASF et L.311-3-1° du CASF.**
- Existe-t-il des protocoles formalisés dans l'établissement ?			X	Il existe des protocoles formalisés au sein de l'établissement mais la majorité n' pas propre à la structure. Il a été également constaté par les membres de l'équipe d'inspection que le protocole « Bonnes pratiques pour l'utilisation des Benzodiazépines en EHPAD » relève d'une note d'information plutôt que d'une démarche standardisée à suivre dans l'utilisation de ces médicaments. De plus, le protocole du système de sécurité incendie pour le déclenchement de l'alarme et le réarmement de la centrale est manuscrit et affiché dans le local dédié. (Annexe 2) En outre, le classeur des protocoles n'est pas accessible à l'ensemble du personnel. En effet, il est situé dans le bureau de l'IDEC et son emplacement n'est pas connu du personnel. Cette méconnaissance et ce défaut d'accessibilité ne permet pas aux agents de s'y référer ce qui peut entrainer un risque pour la prise en charge des résidents. Le principe de précaution n'est pas respecté. Enfin, il n'existe pas de formalisation de la procédure dégradée pour l'ensemble des services dont la cuisine engendrant ainsi un risque sanitaire (pour les résidents et les familles qui mangent au sein de la résidence) et un glissement de tâches majeur pour le personnel. **<u>Remarque 1:</u> En ne mettant pas en place une politique d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques connue, appropriée et accessible par l'ensemble des personnels, l'établissement ne se conforme pas aux recommandations et aux critères du Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux - HAS mars 2022.**

II- FONCTIONS SUPPORT				
2.1 Gestion des ressources humaines	**OUI**	**NON**	**EN PARTIE**	**ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS**
2.1.1 Personnels / qualifications/ affectations				
- Y a-t-il un médecin coordonnateur ?		x		Il n'y a pas de médecin coordonnateur. **<u>Ecart 4</u>: En ne disposant pas d'un médecin coordonnateur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.**
- Les personnels sont-ils qualifiés (art L312-1-II, al.2 CASF)?			x	Face à l'absentéisme, la mise en place de la procédure dégradée ne permet pas d'assurer la présence d'aide-soignant sur l'ensemble des plages horaires. Le samedi 13 mai 2023, il manquait deux aide-soignants pour couvrir la plage horaire de 19h à 21h. L'IDER a remplacé une aide-soignante de 19h à 20h et les agents de nuit ont été rappelés par la direction pour venir une heure plus tôt. La directrice de l'établissement, l'IDER et les AS ont remplacé également le cuisinier à plusieurs reprises sans être formées à ce poste. (jeudi 11 mai et vendredi 12 mai, mercredi 17 mai 2023). En outre, le jour de l'inspection, il a été constaté dans le service de l'UVP que la distribution des traitements des résidents a été réalisée par une aide-soignante sans respecter l'identito-vigilance (a transporté dans sa main les traitements de la salle de soins à la salle à manger sans contrôler l'identité du résident et la prescription). Enfin, [redacted] titulaire d'un diplôme [redacted] a confié à la mission d'inspection avoir fait la distribution des médicaments à diverses fois. **<u>Ecart 5:</u> En ne disposant pas de la qualification d'aide-soignant dans l'équipe pour certaines plages horaires, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-155-0 II du CASF, qui dispose que « Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées**

				dépendantes dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D.312-156 à D.312-159-1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs ». **<u>Ecart 6 :</u> En ne réalisant pas de contrôle préalable à l'administration du médicament via la vérification de l'identité du patient et des médicaments à administrer au regard de la prescription médicale, la vérification de la date de péremption, de son aspect, la vérification de conformité du médicament avec la prescription, l'établissement contrevient à l'article L.313-26 du CASF et L.311-3 du CASF sur le volet sécurité.**
- Existe-t-il des glissements de tâches entre les personnels ?	**x**			La mission d'inspection a constaté que les glissements de tâches identifiés lors des précédentes inspections sont toujours d'actualité. Les ASH faisant fonction d'AS travaillent dans les unités EHPAD classiques sans protocole définissant clairement leur rôle. Le personnel soignant (AS et IDER) et la directrice de l'établissement ont indiqué, aux membres de l'inspection, remplacer du personnel de cuisine absent régulièrement, pour la préparation des repas en réalisant les tâches suivantes: - Remise en température de repas fournis par un traiteur ; - Préparation des repas mixés ; - Préparation de plats complémentaires ; - Plonge. De plus, le personnel a également déclaré effectuer le traitement du linge plat du résident le week-end en complément du travail réalisé par la lingère la semaine. Les agents ont tenu des propos identiques à ceux de l'inspection du 2 janvier 2023 à savoir que le traitement du linge le week-end est obligatoire afin de garantir la mise à disposition de linge propre pour le début de semaine suivante. Enfin, il a été constaté à nouveau qu'en l'absence de la secrétaire (congés ou autres), les appels téléphoniques entrants sont pris en charge par le personnel soignant.

				Ce glissement de tâches accroît le risque d'erreur pouvant avoir des conséquences sur la qualité de la prise en charge des résidents et sur la qualité de vie au travail. **<u>Ecart 7:</u> L'organisation des soins de nursing favorise les glissements de tâches, et en cela l'établissement contrevient aux articles R.4311-3 et R.4311-4 du CSP.** **<u>Ecart 8:</u> L'organisation actuelle favorise le glissement de tâches pour tous les agents. Celle-ci contrevient à l'article L311-3 du CASF sur le volet sécurité.** **<u>Remarque 2:</u> En l'absence de personnel formé en cuisine et en blanchisserie, l'établissement n'applique pas les méthodes HACCP et RABC.**
2.2 Bâtiments /espaces extérieurs/équipements				
2.2.1 Bâtiments et espaces extérieurs				
- Quel est l'activité des résidents au moment du contrôle ? Réunion en salle commune sans activité ? En chambre individuelle ? - Analyser rapidement le programme d'activités/animation de la semaine de la visite ?			X	Le bilan d'activité de l'animation n'a pas été communiqué à la mission d'inspection. Lors de l'inspection, les résidents de l'UVP ont patienté *à minima* 20 minutes devant la salle de restauration sans aucune activité. **<u>Remarque 3 :</u> En réduisant les activités au seul temps dédié, l'établissement ne respecte pas les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM qui stipule que *« Réduire la vie sociale aux animations revient donc à être extrêmement réducteur. Les autres temps de sociabilisation sont donc également pris en compte par les EHPAD pour y développer la vie sociale »*- qualité de vie en EHPAD volet 3 - la vie sociale en EHPAD.**
- L'établissement dispose-t-il d'un coin fumeur identifié pour le personnel ?		x		L'établissement ne dispose pas d'un coin fumeur identifié pour le personnel. **<u>Remarque 4:</u> Il convient de prévoir un espace spécifiquement dédié pour les salariés fumeurs.**
- L'accès aux locaux est-il sécurisé ?		x		Dans l'UVP, plusieurs locaux étaient accessibles :

				- le bureau des professionnels dans lequel se trouvaient les traitements des résidents qui n'avaient pas encore pris leur petit-déjeuner ainsi qu'un cutter dans un placard (Annexe 3), - le local entretien où sont stockés différents produits, notamment de l'eau de javel. Par ailleurs, la porte d'entrée de l'unité dédiée ne se referme pas systématiquement. Le local soin situé au rez-de-chaussée est accessible, la poignée de la porte ne fonctionnant plus (Annexe 4). En outre, des pots de peinture pour l'entretien du bâtiment sont stockés dans la salle animation dans le secteur hébergement. (Annexe 5) L'absence de sécurisation des différents locaux peut engendrer une mise en danger du résident accueilli **<u>Ecart 9</u>: En ne sécurisant pas l'accès aux locaux, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.** **<u>Remarque 5:</u> En stockant les pots de peinture dans la salle d'animation, l'établissement ne respecte pas les recommandations en matière de stockage prévues dans le guide Conception et rénovation en EHPAD de l'INRS qui précise : *« Prévoir un local spécifique, avec bacs de rétention, ventilation(VMC) et compensation en air neuf pour le stockage de peintures, diluants ou tout autre produit chimique »* – février 2012.**
III- PRISE EN CHARGE				
3.1 Organisation de la prise en charge	**OUI**	**NON**	**EN PARTIE**	**ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS**
3.1.1. Modalités d'accompagnement/Projet de d'accueil et d'accompagnement				
- Un projet d'accueil et d'accompagnement formalisé et adapté est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?			**x**	La directrice de l'établissement a transmis la programmation de réalisation et de réévaluation des PAP qui prendra fin en octobre 2023 ainsi que 10 PAP de résidents. En l'absence de PAP formalisé pour chaque résident, la prise en charge du résident n'est pas complète.

-				**<u>Ecart 10</u> : En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L.311-3 et D.312-155-0-I-3° du CASF.**
3.1.2 Coordination des professionnels pour la prise en charge interne ou externe				
- Les transmissions et la gestion entre les professionnels de la structure des informations concernant les personnes prises en charge sont-elles organisées et formalisées ?			x	La transmission et la gestion entre les professionnels de l'établissement des informations relatives à la prise en charge des résidents sont tracées dans le logiciel [redacted]. Cependant l'ensemble du personnel ne participe pas aux transmissions orales ce qui peut engendrer un risque d'erreur dans la prise en charge des résidents. **<u>Remarque 6</u> : En ne réalisant pas la transmissions d'informations entre les équipes, l'établissement ne respecte pas les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM de septembre 2012: Programme de qualité de vie en EHPAD (volet 4). L'accompagnement personnalisé de la santé du résident.**
3.2 Respect des droits des personnes accueillies				
3.2.1 Respect des droits et de la dignité des personnes				
- Les rythmes de vie collective (lever, repas, toilette, soins, activités, coucher) sont-ils prévus pour respecter les rythmes individuels et les désirs des personnes prises en charge ?			x	Le personnel de l'établissement a signalé à l'équipe d'inspection que le rythme de vie des résidents n'était pas respecté lorsqu'il manquait du personnel notamment pour les couchers et les toilettes. Dans ce contexte, les résidents sont couchés jusqu'à 23h et certains sont réveillés pour effectuer la toilette par les agents de nuits à compter de 5h30, sans tenir compte des souhaits des personnes accueillies. Des résidents, notamment en fauteuil, sont levés à partir de 5h30 du matin par les agents de nuit pour aider leurs collègues de jour. Concernant les douches, le personnel a indiqué aux membres de l'inspection que certains résidents bénéficiaient d'une douche qu'une fois tous les 10 jours par manque de personnel. La distribution du petit-déjeuner débute à partir de 9h15. Certains résidents souhaiteraient prendre leur petit-déjeuner dès leur réveil.

				<u>Ecart 11:</u> En ne respectant pas les rythmes de vie des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF. **<u>Remarque 7:</u> En dépassant la durée du jeun nocturne recommandé qui est de 12h maximum, l'établissement ne respecte pas l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 24 août 2021.**
- Existe-t-il une charte de bientraitance ?			x	L'établissement a transmis une charte de la bientraitance à la mission d'inspection. Cependant celle-ci est au nom de l'EHPAD les Fontaines. **<u>Remarque 8:</u> L'établissement ne dispose pas d'une charte de bientraitance spécifique à l'établissement.**
3.2.2 Alimentation /repas				
- Les repas sont-ils pris dans des conditions satisfaisantes et adaptées à l'état et aux besoins des personnes prises en charge (ambiance sonore, heures et durée des repas, aide aux repas, contenu des repas...) ?		x		La mission d'inspection a de nouveau constaté que les conditions de restauration (qualité, quantité des repas) à la suite d'un [redacted] s'étaient fortement dégradées. Ces constats ont été également signalés par le personnel soignant, les familles des résidents et la directrice de l'établissement. Pour pallier [redacted] la directrice de l'établissement, l'IDER et des AS préparent eux-mêmes les repas et font la plonge. Au cours de l'inspection, il a été constaté que la diversité des plats n'était pas respectée. Ainsi les résidents devant manger mixé n'ont pas eu d'entrée et les résidents du secteur hébergement ont eu comme repas des raviolis accompagnés de coquillettes. Il n'y a pas de commission des menus, ni d'évaluation réalisée. En effet, les stocks en cuisine ne permettaient pas de réaliser le nombre de couverts prévus pour le repas (résidents et invités). Enfin, les réfrigérateurs des offices ne font pas l'objet de relevé de température et le personnel n'indique pas la date d'ouverture sur certains aliments (Annexe 6) **<u>Remarque 9:</u> En ne relevant pas la température des réfrigérateurs, l'établissement ne respecte pas les guides de bonnes pratiques d'hygiène (GBPH) et la norme HACCP.** **<u>Remarque 10</u>: L'équilibre alimentaire n'est pas respecté conformément aux recommandations établies par le guide de Nutrition du GEMRCN (rapport juillet 2011).**

3.3 Soins				
3.3.1 Projet de soins individuel / Partage des informations médicales et paramédicales				
- Un plan de soins concerté et formalisé est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?			x	Les plans de soins situés sur les chariots de soins ne sont pas à jour. Les modifications sont faites à la main engendrant un risque d'erreur important particulièrement pour le personnel remplaçant. **<u>Ecart 12 :</u> En ne mettant pas à jour les plans de soins, l'établissement contrevient à l'article L 311-3 du CASF sur le volet sécurité des résidents accueillis.** **<u>Remarque 11 :</u> En ne tenant pas à jour les plans de soins, l'établissement ne cible pas les actions en cas d'aggravation des incapacités pour pouvoir récupérer, suppléer, compenser autant que possible les pertes récentes :** **- Mobilité/transfert ;** **- Toilette/habillage ;** **- Continence ;** **- Alimentation.** **Recommandation des bonnes pratiques professionnelles de ANESM de septembre 2012: Programme de qualité de vie en EHPAD (volet 4). L'accompagnement personnalisé de la santé du résident.**
- L'identitc-vigilance est-elle respectée ?			x	Les membres de l'inspection ont constaté l'affichage de la liste des résidents de l'UVP sur le réfrigérateur de la salle de restauration du secteur hébergement situé au 1er étage pouvant engendrer de la confusion et des erreurs de distribution des repas et des médicaments. **<u>Ecart 13</u> : En ne respectant pas le principe d'identito-vigilance avec l'affichage de la liste des résidents de l'UVP au 1er étage, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF sur le volet sécurité des résidents accueillis.**

IV- RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

4.1 Coordinations avec les autres acteurs	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS
- Quels prestataires extérieurs interviennent (coiffeurs, kinés, podologues, esthéticiennes ...) ? Doivent-ils payer une redevance pour intervenir dans l'établissement ? Si oui auprès de qui ?	x			Différents prestataires interviennent au sein de l'établissement (coiffeur, esthéticienne etc.) Les tarifs affichés ne sont pas actualisés pour l'année 2023 (Annexe 7) **<u>Remarque 12</u>: L'absence d'affichage de la nouvelle grille tarifaire des prestataires externes pour l'année 2023, induit une méconnaissance des tarifs en vigueur pour les usagers.**

V- SYNTHESE

Synthèse des appréciations des champs de contrôles

➢ **Gouvernance**

Ce champ de contrôle compte 3 écarts et 1 remarque :

- **Ecart 1:** En ne disposant pas d'un projet d'établissement définissant : une politique détaillée de prévention et de lutte contre la maltraitance, une politique de gestion du personnel (formation etc.), des objectifs en matière de fonctionnement, de coordination, de coopération, des objectifs d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, l'établissement contrevient à l'article L311-8 du CASF.
- **Ecart 2 :** En ne disposant pas d'une astreinte de direction opérationnelle, l'établissement ne permet pas la continuité effective de la direction. La rupture de l'astreinte de direction contrevient à l'article L 311-3-1° du CASF qui dispose

qu'un EHPAD doit assurer au résident le : « respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ».

- **Ecart 3 :** En ne s'étant pas organisé pour signaler aux autorités administratives et judiciaires les éventuels faits de violence et de maltraitance qui interviendraient en son sein, l'établissement ne respecte pas l'article R.331-8 du CASF.

- **Remarque 1:** En ne mettant pas en place une politique d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques connue, appropriée et accessible par l'ensemble des personnels, l'établissement ne se conforme pas aux recommandations et aux critères du Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux - HAS mars 2022.

➢ **Fonctions support**

Ce champ de contrôle compte 6 écarts et 4 remarques :

- **Ecart 4:** En ne disposant pas d'un médecin coordonnateur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-156 du CASF ;
- **Ecart 5 :** En ne disposant pas de la qualification d'aide-soignant dans l'équipe pour certaines plages horaires, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-155-0 II du CASF, qui dispose que « Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D.312-156 à D.312-159-1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs » ;
- **Ecart 6 :** En ne réalisant pas de contrôle préalable à l'administration du médicament via la vérification de l'identité du patient et des médicaments à administrer au regard de la prescription médicale, la vérification de la date de péremption
- de son aspect, la vérification de conformité du médicament avec la prescription, l'établissement contrevient à l'article L.313-26 du CASF et L311-3 du CASF sur le volet sécurité ;
- **Ecart 7:** L'organisation des soins de nursing favorise les glissements de tâches, et en cela l'établissement contrevient aux articles R.4311-3 et R.4311-4 du CSP ;
- **Ecart 8:** l'organisation actuelle favorise le glissement de tâches pour tous les agents. Celle-ci contrevient à l'article L311-3 du CASF sur le volet sécurité ;

- **Ecart 9:** En ne sécurisant pas l'accès aux locaux, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.

- **Remarque 2 :** En l'absence de personnel formé en cuisine et en blanchisserie, l'établissement n'applique pas les méthodes HACCP et RABC ;
- **Remarque 3 :** En réduisant les activités au seul temps dédié, l'établissement ne respecte pas les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM qui stipule que « Réduire la vie sociale aux animations revient donc à être extrêmement réducteur. Les autres temps de sociabilisation sont donc également pris en compte par les EHPAD pour y développer la vie sociale » - qualité de vie en EHPAD volet 3 - la vie sociale en EHPAD ;
- **Remarque 4:** Il convient de prévoir un espace spécifiquement dédié pour les salariés fumeurs ;
- **Remarque 5 :** En stockant les pots de peinture dans la salle d'animation, l'établissement ne respecte pas les recommandations en matière de stockage prévues dans le guide Conception et rénovation en EHPAD de l'INRS qui précise : « Prévoir un local spécifique, avec bacs de rétention, ventilation(VMC) et compensation en air neuf pour le stockage de peintures, diluants ou tout autre produit chimique » – février 2012.

➢ **Prise en charge**

Ce champ de contrôle compte 4 écarts et 6 remarques :

- **Ecart 10** : en ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L.311-3 et D.312-155-0-I-3° du CASF ;
- **Ecart 11** : En ne respectant pas les rythmes de vie des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF ;
- **Ecart 12** : En ne mettant pas à jour les plans de soins, l'établissement contrevient à l'article L 311-3 du CASF sur le volet sécurité des résidents accueillis.
- **Ecart 13 :** En ne respectant pas le principe d'identito-vigilance avec l'affichage de la liste des résidents de l'UVP au 1er étage, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF sur le volet sécurité des résidents accueillis.
- **Remarque 6** : En ne réalisant pas la transmissions d'informations entre les équipes, l'établissement ne respecte pas les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM de septembre 2012: Programme de qualité de vie en EHPAD (volet 4). L'accompagnement personnalisé de la santé du résident ;
- **Remarque 7:** En dépassant la durée du jeûne nocturne recommandé qui est de 12h maximum, l'établissement ne respecte pas l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 24 août 2021 ;

- **Remarque 8:** L'établissement ne dispose pas d'une charte de bientraitance spécifique à l'établissement.
- **Remarque 9:** En ne relevant pas la température des réfrigérateurs, l'établissement ne respecte pas les guides de bonnes pratiques d'hygiène (GBPH) et la norme HACCP ;
- **Remarque 10:** l'équilibre alimentaire n'est pas respecté conformément aux recommandations établies par le guide de Nutrition du GEMRCN (rapport juillet 2011) ;
- **Remarque 11 :** En ne tenant pas à jour les plans de soins, l'établissement ne cible pas les actions en cas d'aggravation des incapacités pour pouvoir récupérer, suppléer, compenser autant que possible les pertes récentes: Mobilité/transfert, toilette/habillage, continence, alimentation - Recommandation des bonnes pratiques professionnelles de ANESM de septembre 2012: Programme de qualité de vie en EHPAD (volet 4). L'accompagnement personnalisé de la santé du résident.

➢ **Relations avec l'extérieur**

Ce champ de contrôle compte 1 remarque :

- **Remarque 12:** L'absence d'affichage de la nouvelle grille tarifaire des prestataires externes pour l'année 2023, induit une méconnaissance des tarifs en vigueur pour les usagers.

L'analyse combinée de ces quatres champs de contrôle faite par la mission la conduit à estimer que le niveau d'exposition aux risques concernant la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des résidents que présente l'établissement est critique.

VI- CONCLUSION

Selon les constats que nous avons effectués, le niveau d'exposition de la structure est critique.
La mission d'inspection a constaté des écarts quasiment identiques aux précédentes inspections. Ainsi, nous estimons que les gestionnaires ne sont en capacité de diminuer, ce niveau d'exposition aux risques qui pourrait compromettre la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des résidents.
Les propositions que nous formulerons au commanditaire de notre inspection le seront au regard de nos constats, de nos analyses ainsi que du niveau d'exposition compromettant la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des résidents.

Fait à Bourges, le 30 juin 2023.

Pour l'ARS Centre Val de Loire,
[redacted]
Inspectrice de l'action sanitaire et sociale
[redacted]

Pour le Conseil Départemental du Cher,
[redacted]
[redacted] service équipement, tarification et contrôle des ESSMS
[redacted]

LISTE DES SIGLES UTILISES

AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
ASH : Agent des services hospitaliers
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CRPA : Code des relations entre le public et les administrations
CSP : Code de la santé publique
EI : Evènement indésirable
EIG : Evènement indésirable grave
GEMRCN : Groupement d'étude des marchés en restauration collective et de nutrition
HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDER : Infirmier diplômé d'Etat Référent
ONIC : Orientations nationales inspection-contrôle
PRIC : Programme régional d'inspection-contrôle.
RABC : Risk Analysis Biocontamination Control

LISTE DES PROFESSIONNELS ET DES INSTITUTIONNELS DE LA STRUCTURE REÇUS EN ENTRETIEN

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- ASH

ANNEXES

1- Lettre de mission
2- Photo : procédure SSI manuscrite
3- Photo : placard ouvert avec cutter
4- Photo : salle de soins ouverte
5- Photo : stockage de peinture
6- Photo : relevé des températures réfrigérateur
7- Photo : tarifs des prestataires externes

Annexe 1 : lettre de mission

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction de la Stratégie

Délégation Départementale du Cher

Affaire suivie par :
Mme. [redacted] et M. [redacted]
Courriel : [redacted]
Téléphone [redacted]

Le Directeur Général de l'ARS Centre-Val de Loire

à

Mme. [redacted] Inspectrice de l'action sanitaire et sociale
M. [redacted] Personne qualifiée

et

Le Président du Conseil Départemental du Cher

à

Mme. [redacted] service Equipement, Contrôle et Tarification des ESSMS

Mme. [redacted] tarificatrice des ESSMS

N/Réf. ARS : 2023-DS-183

Date : 10 MAI 2023

Objet : *EHPAD "Résidence l'hostellerie du Château" - Inspection du 17 mai 2023 - Lettre de mission*

Contexte conduisant à diligenter une inspection

Dans le cadre des suites des inspections du 26 octobre 2022 et du 2 janvier 2023, et notamment afin de vérifier la mise en œuvre des mesures à effet immédiat imposées à l'établissement, il a été décidé de diligenter une inspection à l'EHPAD "Résidence l'hostellerie du Château" à Massay.

Objectifs de la mission d'inspection

Les objectifs de la mission d'inspection sont les suivants :

- Objectif 1 : Vérifier la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des résidents ;
- Objectif 2 : Vérifier la gouvernance de l'établissement notamment la conformité aux conditions fixées par l'autorisation mais également la gestion de la qualité ;
- Objectif 3 : Vérifier les fonctions support.

Fondements juridiques encadrant la mission d'inspection

La compétence de contrôle des structures médico-sociales de l'Agence Régionale de Santé est fondée sur les dispositions des articles L.313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF).

La compétence de contrôle des structures sociales et médico-sociales relevant du champ de compétences du Conseil Départemental est fondée sur les dispositions des articles L.313-13 et suivants et L.133-2 du CASF.

Les pouvoirs et prérogatives de l'équipe d'inspection sont ceux définis par les articles L.313-13 à L.313-16 du CASF et les articles L1.421-1 à L.1.421-3 du code de la santé publique (CSP).

Nous attirons votre attention sur le fait qu'un représentant d'établissement faisant obstacle à vos missions telles que définies par les dispositions de l'article L 1421-1 du CSP s'expose à une peine d'un an d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende conformément aux dispositions de l'article L.1427-1 du même code.

Composition de l'équipe d'inspection

L'équipe d'inspection sera composée des personnels suivants au titre :

- de l'Agence Régionale de Santé :
  - Mme. [redacted] Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, en tant que coordonnateur ;
  - M. [redacted] Personne qualifiée de l'ARS Centre Val de Loire.
- du Conseil Départemental du Cher :
  - [redacted] service Equipement, Contrôle et Tarification des ESSMS
  - [redacted] Tarificatrice des ESSMS

Calendrier prévisionnel

L'inspection se déroulera sur site, de manière inopinée, le 17 mai 2023.

Nous vous remercions de bien vouloir nous adresser, dans le mois qui suivra la visite, votre rapport d'inspection accompagné d'une proposition de toutes mesures administratives dont l'adoption vous paraîtrait nécessaire et sur lesquelles nous engagerions une procédure contradictoire conformément à l'article L. 121-1 du Code des Relations entre le Public et l'Administration (CRPA), à l'exception de mesures à prendre dans l'urgence (article L. 121-2 du CRPA).

Dans l'hypothèse d'un constat de défaillances patentes et graves susceptibles de compromettre la santé et la sécurité des personnes accueillies, nous vous demandons de nous proposer sans délai des mesures de nature à y mettre fin.

Vous nous tiendrez informés de toute difficulté que vous pourriez rencontrer dans la réalisation de ce contrôle.

Conflits d'intérêts

L'analyse des Déclarations Publiques d'Intérêt des membres de la mission d'inspection n'a pas mis en évidence de conflits d'intérêts dans le cadre de la présente mission.

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

[redacted]

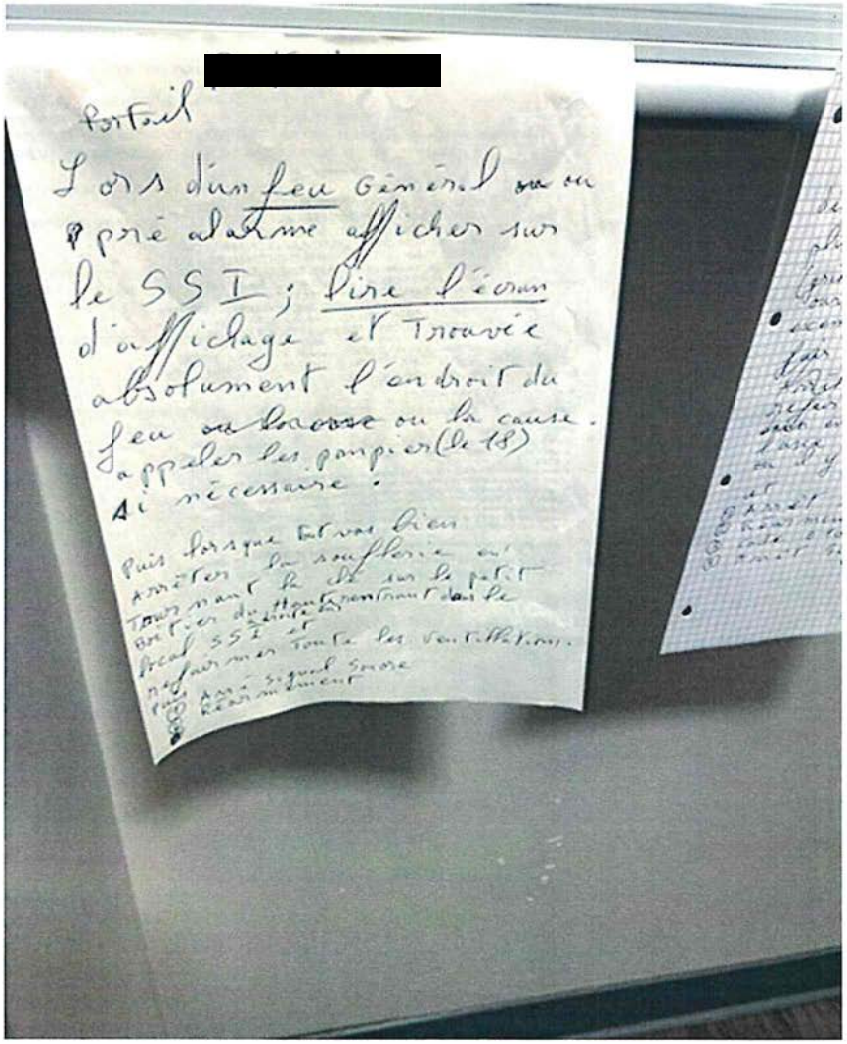
Le Dr. Jérôme VIGUIER

Le Président du Conseil départemental,
Pour le Président et par délégation,
Le Directeur Général des Services,

[redacted]

Joël MARTINET

Annexe 2- Photo : procédure SSI manuscrite



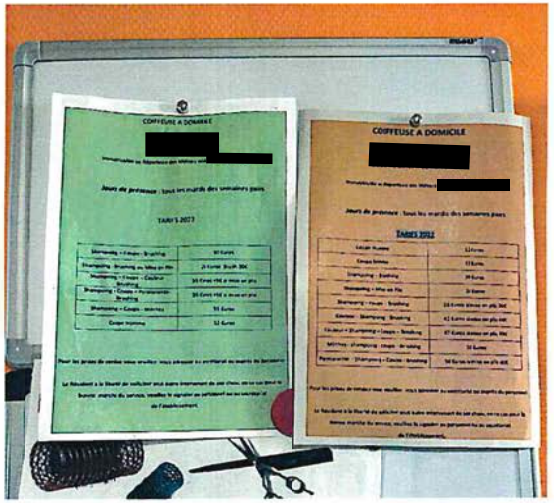
Annexe 3- Photo : placard ouvert avec cutter

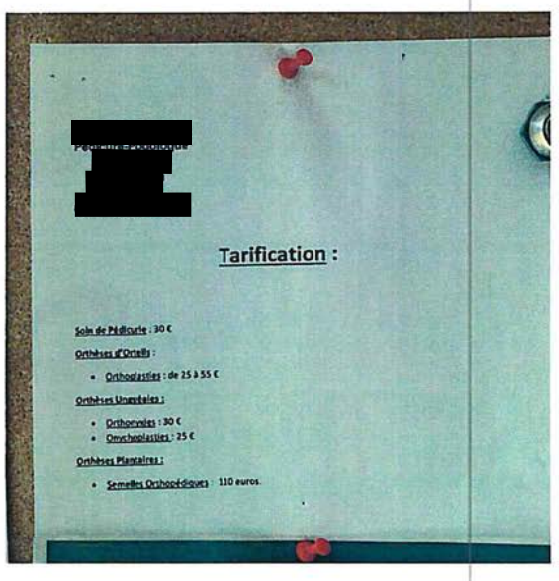
Annexe 4- Photo : salle de soins ouverte

Annexe 5- Photo : stockage de peinture

Annexe 6- Photo : relevé des températures réfrigérateur

Annexe 7 - Photo : tarifs des prestataires externes





AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE VAL-DE-LOIRE
DIRECTION DE LA STRATEGIE

ARRETE
portant placement sous administration provisoire de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « L'Hostellerie du Château » situé à Massay et géré par la SASU HOSTELLERIE DU CHATEAU (Finess 180001026)

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire,
Le Président du Conseil Départemental du Cher,

VU le code de l'action sociale et des familles, notamment en ses articles L313-13, L313-14, R313-26, R313-26-1 et R313-27,

VU le code général des collectivités territoriales, et notamment la troisième partie relative au Département,

VU le code de la santé publique, notamment en ses articles L1431-1 et L1431-2 définissant les missions et les compétences des ARS,

VU le code des relations entre le public et l'administration, notamment ses articles L.122-1 et L.211-2 régissant les droits et garanties accordées aux destinataires de mesures de police,

VU le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé,

VU le décret du 7 juin 2023 nommant Madame Clara de BORT, Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Centre Val-de Loire, à compter du 12 juin 2023,

VU l'arrêté n°92/2023 du Président du Conseil Départemental du Cher du 7 février 2023 portant délégation de signature à Madame Bénédicte DE CHOULOT, 8ème vice-présidente du Conseil Départemental,

VU l'arrêté conjoint du Président du Conseil départemental du Cher et du Directeur Général de l'ARS Centre-Val de Loire en date du 19 juillet 2018 portant renouvellement de l'autorisation de 52 places de l'EHPAD « L'Hostellerie du Château » accordée à la SARL HOSTELLERIE DU CHATEAU,

VU l'arrêté conjoint du Président du Conseil départemental du Cher et du Directeur Général de l'ARS Centre-Val de Loire en date du 21 novembre 2018 portant création d'un Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) de 14 places au sein de l'EHPAD « L'Hostellerie du Château »,

VU le rapport de la mission d'inspection conjointement menée par l'ARS Centre-Val de Loire et le Conseil départemental du Cher le 25 février 2022 et le courrier d'injonctions du 9 mai 2022,

VU le rapport de la mission d'inspection de l'ARS Centre-Val de Loire du 26 octobre 2022,

VU le rapport de la mission d'inspection de l'ARS Centre-Val de Loire du 02 janvier 2023,

VU le courrier d'injonction de l'ARS Centre-Val de Loire notifié au gestionnaire de l'EHPAD « l'Hostellerie du Château » en date 25 avril 2023 suite aux inspections des 26 octobre 2022 et 02 janvier 2023,

VU les constats effectués par la mission d'inspection conjointe de l'ARS Centre-Val de Loire et du Conseil Départemental du Cher du 17 mai 2023,

VU le courrier conjoint de l'ARS Centre-Val de Loire et du Conseil départemental du Cher du 03 août 2023 notifiant la mesure envisagée de placement de l'EHPAD « L'Hostellerie du Château » sous administration provisoire, au titre des suites de l'inspection du 17 mai 2023,

VU les réponses apportées par le gestionnaire de l'EHPAD « l'Hostellerie du Château » le 8 septembre 2023,

VU la demande d'éléments complémentaires par l'Agence Régionale de Santé Centre- Val de Loire et le Conseil Départemental du Cher le 29 septembre 2023,

VU les réponses apportées par le gestionnaire de l'EHPAD l'Hostellerie du Château le 03 octobre 2023,

Considérant les dysfonctionnements récurrents et les défaillances graves observés en matière de gouvernance, de sécurité et de qualité des prises en charge lors des inspections au sein de l'EHPAD « l'Hostellerie du Château » les 25 février 2022, 26 octobre 2022, 02 janvier 2023 et 17 mai 2023,

Considérant que ces mesures de contrôle font ressortir une méconnaissance grave et continue des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'établissement aux dispositions du Code de l'action sociale et des familles,

Qu'ainsi, il a été constaté notamment :

- Une astreinte de direction non opérationnelle observée lors des inspections du 02 janvier 2023 et du 17 mai 2023 malgré l'existence et l'affichage de numéros d'astreinte, compromettant gravement la sécurité et la prise en charge des résidents ;
- Une absence de personnel soignant qualifié sur certaines plages horaires ne permettant pas de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents ;
- Un glissement de tâches important pour l'ensemble du personnel et plus particulièrement pour les soins de nursing (soins d'hygiène, de confort et d'accompagnement au quotidien) réalisés par des agents des services hospitaliers, agents non qualifiés pour ce type de soins. Ces tâches sont déléguées sans aucune procédure décrivant le cadre de leur réalisation, entraînant ainsi un risque de mauvais accomplissement de ces soins ;
- Des plans de soins non mis à jour avec un risque d'aggravation de l'état physique et psychologique des résidents ;
- Un rythme de vie des résidents non respecté portant atteinte à leur dignité.

Considérant que les injonctions formulées n'ont pas été entièrement satisfaites et que les réponses apportées ne permettent pas d'assurer de bonnes conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'établissement,

Considérant la nécessité de remédier aux dysfonctionnements persistants de l'établissement afin de garantir la préservation de la santé, de la sécurité et du bien-être des résidents,

Considérant que cet objectif passe par la désignation d'un administrateur provisoire sur le fondement du V de l'article L.313-14 du CASF,

Considérant qu'il accomplira au nom des deux autorités administratives compétentes, l'ARS Centre-Val de Loire et le Conseil départemental du Cher, et pour le compte du gestionnaire, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux difficultés constatées.

ARRETE

ARTICLE 1 : L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « L'Hostellerie du Château » situé à Massay et géré par la SASU HOSTELLERIE DU CHATEAU (Finess n°180001026) est placé sous administration provisoire à compter du 20 octobre 2023, pour une durée de 6 mois renouvelable une fois.

ARTICLE 2 : Monsieur Didier DUPORT, ancien inspecteur de classe exceptionnelle, est nommé en qualité d'administrateur provisoire de l'établissement susmentionné à compter du 20 octobre 2023.

ARTICLE 3 : Monsieur Didier DUPORT exercera son mandat, au nom de la Directrice générale de l'ARS Centre-Val de Loire et du Président du Conseil départemental du Cher et, pour le compte de la SASU HOSTELLERIE DU CHATEAU.

ARTICLE 4 : Monsieur Didier DUPORT a, à sa disposition, l'ensemble des locaux et du personnel de l'établissement, ainsi que les fonds de l'établissement. La SASU HOSTELLERIE DU CHATEAU est tenue de lui remettre le registre coté et paraphé prévu à l'article L331-2 du Code de l'action sociale et des familles, les dossiers des personnes accueillies, les livres de comptabilité et l'état des stocks. L'administrateur provisoire est habilité à recouvrer les créances et à acquitter les dettes de l'établissement. Il pourra prendre toute mesure en matière de gestion des ressources humaines urgente ou nécessaire pour assurer la sécurité des résidents, leur santé, leur bien-être et le respect de leurs droits, y compris, le cas échéant, des mesures individuelles conservatoires.

ARTICLE 5 : Monsieur Didier DUPORT a pour mission générale d'accomplir tous les actes d'administration urgents ou nécessaires pour assurer la sécurité des résidents, leur santé, leur bien-être et le respect de leurs droits et ainsi, mettre fin aux dysfonctionnements constatés. Dans ce cadre, l'administrateur provisoire garantira la mise en œuvre effective ou le lancement des actions de remédiation nécessaires à la levée des injonctions formulées par l'ARS Centre-Val de Loire et le Conseil départemental du Cher. Les axes du mandat de l'administrateur seront précisés dans une lettre de mission qui lui sera remise et qui pourra évoluer en fonction de l'état d'avancement de sa mission.

ARTICLE 6 : Monsieur Didier DUPORT rendra compte de sa mission par un rapport d'étonnement à l'issu des 3 premières semaines de son mandat ; puis tous les mois par la transmission d'un document d'étape retraçant l'état d'avancement de sa mission et les difficultés éventuelles rencontrées ; et par un rapport de clôture à l'issue de son mandat.

ARTICLE 7 : Monsieur Didier DUPORT exercera son mandat à raison de 5 jours par semaine et sera présent dans l'établissement en fonction des besoins de ce dernier à son appréciation, et au moins trois jours par semaine.

ARTICLE 8 : Monsieur Didier DUPORT sera rémunéré, conformément aux dispositions du second alinéa de l'article R.313-26 du CASF, par la SASU HOSTELLERIE DU CHATEAU à hauteur de 4 200 euros brut par mois, et sera indemnisé par cette dernière de ses frais liés à sa mission, conformément aux modalités indiquées dans sa lettre de mission.

ARTICLE 9 : Pour la durée de sa mission, Monsieur Didier DUPORT contractera une assurance couvrant les conséquences financières de sa responsabilité civile, conformément aux dispositions de l'article L814-5 du Code du Commerce. Cette assurance sera prise en charge par l'établissement administré dans les mêmes conditions que la rémunération.

ARTICLE 10 : Le présent arrêté conjoint est notifié par voie d'huissier, à Monsieur le Président de la SASU HOSTELLERIE DU CHATEAU ou à son représentant, et à Monsieur Didier DUPORT, administratreur provisoire.

ARTICLE 11 : Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication au Recueil des Actes Administratifs :

- d'un recours gracieux auprès de la Directrice Générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, Cité Coligny – 131 rue du faubourg Bannier – BP 74409 – 45044 Orléans cedex 1, ou du Président du Conseil Départemental du Cher, Place Marcel Plaisant – CS n°30 322 – 18023 Bourges ;
- et/ou d'un recours contentieux selon toutes voies de procédure devant le tribunal administratif compétent, à savoir le Tribunal administratif d'Orléans, 28 rue de la Bretonnerie – 45057 Orléans cedex par voie postale ou via l'application informatique Télérecours accessible par le site internet www.telerecours.fr.

ARTICLE 12 : La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire et le Président du Conseil Départemental du Cher sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié à l'établissement et publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la région Centre-Val de Loire et au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture du Cher.

FAIT A ORLEANS, le 17 octobre 2023
La directrice générale de l'Agence
Régionale de Santé Centre-Val de Loire,
P/ le président du Conseil Départemental du Cher
et par délégation,
la vice-présidente chargée des Affaires Sociales (personnes âgées et MDAS),
de l'Insertion, du logement et de la Démographie Médicale,
Signé : Clara de BORT
Signé : Bénédicte de CHOULOT

ARRETE N°2023-DOMS-PA18-155