



Agence Régionale de Santé de Bourgogne
Franche-Comté

Dijon, le 08/10/2024

Direction Inspection Contrôle Audit

Conseil Départemental de la Haute-Saône
Direction de la Solidarité et de la Santé Publique

Le directeur général de l'Agence régionale de santé
Bourgogne-Franche-Comté

Le président du conseil départemental de Haute-Saône

à

Madame la directrice du groupe hospitalier de la Haute-Saône
2 Rue Heymès
70014 VESOUL Cedex

AR N° 2C 182 939 7329 1

Objet : mesures définitives

PJ : tableau des mesures définitives

Nous avons diligenté deux inspections conjointes au sein de l'établissement dont vous assurez la gestion, l'EHPAD de SAINT-LOUUP-SUR-SEMOUSE, du 8 au 9 juin 2022 et le 13 février 2024.

Par courrier du 26/06/2024, nous vous avons adressé le rapport d'inspection ainsi que la liste des mesures correctives envisagées à mettre en œuvre. Dans le cadre de la procédure contradictoire et en application des articles L121-1 et L122-1 du Code des relations entre le public et l'administration, nous vous avions accordé un délai d'un mois pour nous faire connaître vos observations sur le rapport et les mesures.

Nous accusons réception de votre réponse à ce courrier le 15/07/2024 (ainsi que des pièces qui l'accompagnent) et nous vous notifions en termes de mesures définitives, les prescriptions et recommandations figurant sur les tableaux joints en annexe, classées par ordre de priorité de mise en œuvre, afin de vous amener à rétablir au sein de votre établissement les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge des résidents.

Nous vous rappelons l'importance d'assurer la mise en œuvre dans votre établissement des prescriptions et la prise en compte des recommandations et qui feront l'objet d'un suivi par :

ARS Bourgogne-Franche-Comté
Le Diapason, 2 Place des Savoirs, CS 73535, 21035 Dijon cedex
Tél : 0808 807 107 - Site : www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr

Conseil Départemental de Haute-Saône
29 rue de la Préfecture, C.S. 20349, 70006 Vesoul cedex
Tél : 03 84 95 70 70 - Site : www.haute-saone.fr

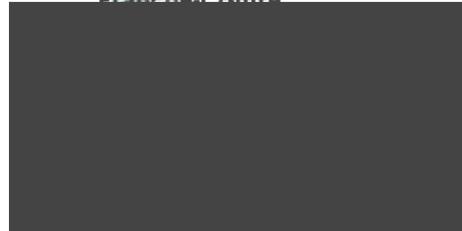


La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de 2 mois :

- d'un recours gracieux à notre attention,
- d'un recours hiérarchique auprès de la Ministre de la santé et de l'accès aux soins,
- d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Dijon.

Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application Télerecours citoyens accessible par le site internet <http://www.telerecours.fr>

**Le Directeur Général de l'Agence
Régionale de Santé de Bourgogne -
Franche-Comté**



**Le Président du Conseil Départemental
de la Haute-Saône**



ARS Bourgogne-Franche-Comté
Le Diapason, 2 Place des Savoies, CS 73535, 21035 Dijon cedex
Tél. : 0808 807 107 - Site : www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr

Conseil Départemental de Haute-Saône
23 rue de la Préfecture, C.S. 20349, 70006 Vesoul cedex
Tél : 03 84 95 70 70 - Site : www.haute-saone.fr

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

| | | | | |
|--|------------|---|---|----------------------------------|
| Date de mise à jour des mesures : Coordonnateur : | 20/09/2024 | Nom établissement : Adresse : Code postal : | EHPAD SAINT LOUP SUR SEMOUSE Avenue Jacques Parisot 70800 | Commune : SAINT LOUP SUR SEMOUSE |
|--|------------|---|---|----------------------------------|

| Prescriptions | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|--------|---|-----------------------|-----------------------|------------------|--|
| Nb | 9 | Libellé | Fondement juridique | Délai | Eléments de preuve à fournir | Référence rapport E/R | Levée O/N/ Abandonnée | Date de la levée | Observations mission d'inspection |
| 1 | | Assurer la complétude des dossiers de soins informatisés et garantir la traçabilité, le suivi et la confidentialité des soins réalisés en proscrivant l'usage de supports papier manuscrits et en utilisant exclusivement le logiciel ORBIS afin de répondre aux attendus des articles L.311-3 du CASF et R.4312-35 du CSP. Enlever toutes données médicales des dossiers administratifs . | L.311-3 CASF R.4312-35 CSP L.1110-4 CSP | 3 mois | Les autorités administratives seront en attente de: - tout élément de preuve permettant de vérifier le non usage de cahier et documents manuscrits, - d'une procédure utilisation logiciel ORBIS EHPAD. | E11 E13 E16 | N | | La structure indique : "La procédure ORBIS et les nouveautés ORBIS EHPAD sont à disposition des soignants près de l'ordinateur en salle de transmissions". En l'absence d'éléments de preuve, la prescription n° 1 est notifiée. |
| 2 | | Formaliser un projet d'accompagnement personnalisé, élaboré pour et avec chaque résident, dans le mois suivant son arrivée, afin de répondre aux articles L.311-3 et D.312-155-0 du CASF. | L.311-3 et D.312-155-0 CASF | 9 mois | Procédure d'élaboration/de révision du projet d'accompagnement personnalisé. Calendrier avec liste des résidents et date de formalisation/de révision des PAP pour 2024 (par semestre). | E12 | Abandonnée | | Un calendrier prévisionnel avec liste des résidents est communiqué à la mission d'inspection La prescription n° 2 est abandonnée |
| 3 | | Garantir le respect de l'intimité des résidents. | L.311-3 CASF | 1 mois | Photo et preuve d'achat Tout élément prouvant le rappel des bonnes pratiques auprès des professionnels. | E15 | N | | Les rideaux séparateurs pour les chambres doubles double sont utilisés lors des soins (photo), Il est indiqué que des rideaux sont en cours d'achat pour les chambres du rez-de-chaussée En l'attente d'éléments de preuve de l'achat et de l'installation, la prescription n° 3 est notifiée |
| 4 | | Sécuriser le circuit des médicaments en garantissant que chaque administration de médicaments soit réalisée avec, sous les yeux, la prescription médicale à jour du résident. | R. 4312-38 CSP L.311-3 CASF | 3 mois | Procédure sur le circuit du médicament qui prévoit la distribution des traitements au regard de la prescription à jour du résident. | E17 | Abandonnée | | Procédure d'administration des médicaments communiquée à la mission. La prescription n° 4 est abandonnée |
| 5 | | S'assurer de disposer d'un système d'appel malade adapté à l'ensemble de la population accueillie, accessible, opérationnel sur l'ensemble de l'établissement. | R.1112-3 CASF | 6 mois | Transmettre à la mission des ébauches de réflexion et les compte-rendu des réunions de travail dédié. | E9 | N | | En l'absence d'éléments de preuve, la prescription n°5 est notifiée |

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

| | | | | |
|--|------------|---|---|----------------------------------|
| Date de mise à jour des mesures : Coordonnateur : | 20/09/2024 | Nom établissement : Adresse : Code postal : | EHPAD SAINT LOUP SUR SEMOUSE Avenue Jacques Parisot 70800 | Commune : SAINT LOUP SUR SEMOUSE |
|--|------------|---|---|----------------------------------|

| Prescriptions | | | | | | | | | |
|---------------|----|---|--|--------|---|---|-----------------------|------------------|--|
| Nb | 9 | Libellé | Fondement juridique | Délai | Eléments de preuve à fournir | Référence rapport E/R | Levée O/N/ Abandonnée | Date de la levée | Observations mission d'inspection |
| 6 | 9 | Gestion des risques et de la qualité: 1/ Mettre en place une politique de déclaration et de traitement des EIG conformément à la réglementation en vigueur. Tout professionnel de l'établissement, direction comprise, devra savoir précisément quels sont les événements à signaler sans délai à l'ARS, au CD, aux agences nationales ou aux autorités judiciaires ; 2/ Mettre en place une réflexion institutionnelle interne, en y associant l'ensemble du personnel, portant sur les événements indésirables, sur leur identification par le personnel, l'anticipation des situations d'urgence et la gestion par l'encadrement ; 3/ Mettre en place la pratique d'un retour d'expérience rapide si nécessaire, mais systématique après le traitement de chaque événement, pour encourager le personnel à déclarer les EI/EIG et procéder à une analyse à distance de l'événement et organiser le retour écrit systématique au signalant du suivi et de la gestion mise en place ; 4/ Systématiser auprès du personnel le retour d'information portant sur les événements indésirables signalés par les professionnels de l'établissement ; 5/ Rédiger et diffuser dans l'établissement une charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables reprenant les notions de confiance et de protection du signalant inscrite dans le cadre des dispositions prévues l'article L.312-24 du CASF (cf. annexe à l'Instruction N° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients » L.331-8.1 CASF L.313-24 CASF R.315-25 et L.315-17 CASF Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales RBPP : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'instruction dans la prévention et le traitement de la maltraitance, HAS/Anesm, 2008 | Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients. L.1413-14 CSP R.1413-14 CSP R.1413-67 et al CSP R.331-8 et al CSP Instruction « N° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients » L.331-8.1 CASF L.313-24 CASF R.315-25 et L.315-17 CASF Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales RBPP : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'instruction dans la prévention et le traitement de la maltraitance, HAS/Anesm, 2008 | 3 mois | Les autorités administratives sont en attente : 1/ Procédure(s) révisée(s) + liste(s) de diffusion émargée(s) 2/ Comptes rendus de réunions d'information + tracabilité de l'émargement (noms et fonctions des personnels participants) 3/ Tout élément permettant d'attester la réalisation de la sensibilisation des professionnels aux notions de bientraitance/maltraitance, à la nouvelle procédure de gestion des risques dont FEI (noms et fonction des agents, date de prise de poste, éléments de support de la sensibilisation,...) 4/ Tout élément permettant d'attester la rédaction d'une charte de non-punition, de sa diffusion auprès des personnels de la structure. | R6 E5 R8 E6 R9 R10 R11 R12 | Abandonnée | | Documents communiqués : Fiche d'événement indésirables résidents/famille (GH70); fiche d' événement indésirable associé aux soins (GH70); Manuel utilisateur comment déclarer et traiter un EI sur logiciel ENNOV; charte de bientraitance et charte d'incitation au signalement. La prescription n° 6 est abandonnée |
| 7 | 7 | Mettre en conformité le PASA. | L.312-1-II, al.2 CASF | 6 mois | Diplômes Attestations de formation | E4 | N | | En l'absence d'éléments de preuve, la prescription n° 7 est notifiée. |
| 8 | 8 | Mettre périodiquement le sujet de la maltraitance à l'ordre du jour des séances du conseil de la vie sociale et/ou de tout autre forme de participation, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de l'HAS. L'informer de manière régulière des dysfonctionnements et événements qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure, de la nature de ces dysfonctionnements ou événements, ainsi que des dispositions prises ou envisagées pour remédier à cette situation et en éviter la reproduction. | R.331-10 CASF | 6 mois | Comptes rendus des CVS | E3 et R1 | N | | Le planning 2024 des CVS/IPI est transmis. Toutefois, les comptes rendus communiqués sont anciens. La mission attend communication de CR récents permettant d'attester de la régularité et de l'effectivité des réunions de CVS. La prescription n° 8 est notifiée |
| 9 | 9 | | D.312-156 CASF | 6 mois | | E14 | N | | En l'absence d'éléments de preuve, la prescription n°9 est notifiée |
| 10 | 10 | Respecter le principe de marche en avant dans la gestion des déchets et du linge afin de maîtriser les risques de biocontamination. | L.312-8 CASF Instruction N°DGC/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 GBP du linge de résident en ESMS - Union des Responsables de Blanchisserie Hospitalières; 2022. | 4 mois | Les autorités administratives seront en attente de - photographie des aménagements réalisés - procédure mise en place | E8 | N | | En l'absence d'éléments de preuve, la prescription n°10 est notifiée. |
| 11 | 11 | Elaborer un livret d'accueil respectant les dispositions de la réglementation (article L.311-4 du CASF) | L.311-4 CASF | 3 mois | Livret d'accueil élaboré | E10 | N | | En l'absence d'éléments de preuve, la prescription n°11 est notifiée. |
| 12 | 12 | Réactualiser dans un délai de trois mois le règlement de fonctionnement et l'afficher immédiatement dans les locaux afin d'être en conformité avec la réglementation. | R.311-33 et R.311-34 CASF | 3 mois | Règlement de fonctionnement mis à jour et preuve d'affichage | E1 | Abandonnée | | Le règlement de fonctionnement est actualisé et mis à disposition à l'accueil (photo). La prescription n° 12 est abandonnée. |
| 13 | 13 | Elaborer dans un délai de au moins 9 mois un projet d'établissement afin de se mettre en conformité avec l'article L.311-8 du CASF | L.311-8 CASF | 9 mois | Projet d'établissement élaboré | E2 | N | | En l'absence d'éléments de preuve, la prescription n° 13 est notifiée. |

Tableau des mesures définitives
Recommandations

| | | | |
|--|------------|--|----------------------------------|
| Date de mise à jour des mesures : Coordonnateur : | 20/09/2024 | Nom établissement : Adresse : Code postal : EHPAD SAINT LOUP SUR SEMOUSE Avenue Jacques Parisot 70800 | Commune : SAINT LOUP SUR SEMOUSE |
|--|------------|--|----------------------------------|

| Recommandations | | | | | | | |
|-----------------|----|---|---------------------------------|-----------------------|--------------------------|--|--|
| Nb | 10 | Libellé | Référentiel de bonnes pratiques | Référence rapport E/R | Levée O/N/ Abandonnée | Date de la levée | Observations |
| 1 | | | | R2 | N | | En l'absence d'éléments de preuve, la recommandation est notifiée. |
| 2 | | | | R3 | N | | En l'absence d'éléments de preuve, la recommandation est notifiée. |
| 3 | | Sur la base d'un recueil formalisé des besoins de formation, formaliser un plan de développement des compétences spécifique à l'établissement identifiant des actions individuelles et collectives adaptées pour l'ensemble des professionnels et permettant une adaptation des pratiques professionnelles au quotidien d'intervention, la valorisation et la montée en compétences et le développement des regards croisés entre professionnels (Recommandation de BP : Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, HAS/Anesm, 2008). | | R5 | N | En l'absence d'éléments de preuve, la recommandation est notifiée. | |
| 4 | | Intégrer dans la procédure d'admission en EHPAD l'information, la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son entrée. | | R13 | N | | En l'absence d'éléments de preuve, la recommandation est notifiée. |
| 5 | | Réaliser un bilan annuel des chutes (extraction service qualité) au sein même de la structure. | | R18 | Abandonnée | | Un tableau pour 2023 a été transmis. La recommandation est abandonnée. |
| 6 | | Assurer une prise en soins adaptée des résidents en organisant une prise en charge bucco-dentaire à l'entrée du résident | | R19 | N | | En l'absence d'éléments de preuve, la recommandation est notifiée |
| 7 | | Former les professionnels à la conduite à tenir en cas d'urgence. | | R14 | N | | En l'absence d'éléments de preuve, la recommandation est notifiée |
| 8 | | Mettre en place un dispositif formalisé de soutien psychologique des personnels de l'établissement dans le respect des recommandations de bonnes pratiques. | | R7 | N | | En l'absence d'éléments de preuve, la recommandation est notifiée |
| 9 | | Formaliser un protocole chute | | R17 | Abandonnée | | Un guide de prévention analyse et évaluation des chutes a été transmis à la mission d'inspection La recommandation est abandonnée |
| 10 | | Mettre en place un organigramme et un tableau d'astreinte administrative et technique dédié à l'EHPAD. | | R4 | N | | En l'absence d'éléments de preuve, la recommandation est notifiée. |
| 11 | | Mettre en place une commission des menus spécifique à l'établissement. | | R15 | N | | En l'absence d'éléments de preuve, la recommandation est notifiée. |
| 12 | | Mettre en œuvre un suivi des protections permettant de satisfaire au besoin quantitatif et qualitatif des résidents à tout moment de l'année dans le cadre de la prévention de l'altération des téguments, du respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la promotion de la bientraitance en ESMS. | | R16 | N | | En l'absence d'éléments de preuve, la recommandation est notifiée |