

Direction Générale

Direction de l'Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :

[REDACTED]

Monsieur le Directeur
Résidence Ozanam
Rue du Stade
88460 - CHENIMENIL

Objet : Décision administrative suite à inspection

Votre établissement a fait l'objet d'une inspection inopinée, en lien avec les services du Département des Vosges, le 3 avril 2024, au sein de l'EHPAD Résidence Ozanam située à CHENIMENIL.

Cette inspection s'est inscrite dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des 7500 EHPAD du territoire national, en 2 ans, à mener par les ARS en avec les Départements. Une orientation nationale d'inspection contrôle transmise en juillet 2022 en définit les modalités selon une méthodologie harmonisée. Elle prévoit un contrôle exhaustif et gradué de l'ensemble des établissements soit par un contrôle sur pièces soit par une inspection sur site.

Les membres de l'équipe d'inspection avaient procédé à une visite des locaux et à des entretiens avec différents personnels, conformément aux missions de contrôles prévues à l'article L313-13 du Code de l'action sociale et des familles.

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

Dans le cadre de cette procédure contradictoire, vous avez apporté vos éléments de réponse en date du 17 juillet 2024.

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

Les prescriptions suivantes sont maintenues : 2, 3 et 4. Les recommandations suivantes sont maintenues : 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13 et 14.

Les prescriptions 1 et 5 sont levées. Les recommandations suivantes sont levées 1, 4, 5, 7, 15 et 16.

Par ailleurs, vous indiquez que le rapport comprend une imprécision quant au capacitaire de l'établissement. Cependant, le capacitaire cité dans le rapport est issu de l'arrêté d'autorisation du 19 juin 2017 portant renouvellement de l'autorisation délivrée au Centre Communal d'Action Social pour le fonctionnement de l'EHPAD « la Résidence Ozanam » sis à Cheniménil. Cet arrêté indique les éléments suivants : 49 places d'hébergement complet pour personnes âgées dépendantes, 12 places d'hébergement complet pour personnes Alzheimer ou maladies apparentées, 1 place d'accueil temporaire en hébergement complet pour personnes âgées dépendantes, 1 place d'accueil temporaire en hébergement complet pour personnes Alzheimer ou apparentées, 4 places d'accueil de jour pour personnes Alzheimer ou apparentées. Au total, votre établissement dispose d'une capacité d'accueil de 67 places. Vous veillerez à vous y conformer.

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 Télerecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

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

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

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

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

Dr Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL

Le Président du Département des
Vosges

Agence Régionale de Santé GRAND EST
La Directrice Générale
Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL
Nancy le 03/10/2024

François VANNSON

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

Annexe 1

Tableau récapitulatif des écarts et des prescriptions

Ecarts		Prescriptions		Références réglementaires	Délai
E1	Le projet d'établissement de la résidence Ozanam n'est pas à jour.	P1	Finaliser la mise à jour du projet d'établissement et le transmettre à la mission d'inspection.	Article L311-8 du CASF	6 mois
Vous avez transmis le projet d'établissement finalisé. Le document a été soumis aux différentes instances. La prescription est levée.					
E2	Le règlement de fonctionnement date de plus de 5 ans.	P2	Mettre à jour le règlement de fonctionnement, conformément à la réglementation.	Article R311-33 du CASF	2 mois
Vous indiquez que le règlement de fonctionnement sera revu en lien avec l'arrivée de la nouvelle IDEC. La mission prend note de cette démarche. La prescription est maintenue dans l'attente de sa mise en œuvre.					
E3	La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas minimum une fois par an, comme indiqué dans la réglementation.	P3	Réactiver cette instance, dans la perspective du recrutement d'un médecin coordonnateur.	Article D312-158 du CASF, 3°	1 an
Vous indiquez que la commission de coordination gériatrique sera réunie avant la fin de l'année 2024. La mission en prend note. La prescription est maintenue dans l'attente de sa mise en œuvre.					
E4	L'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur.	P4	Poursuivre les démarches engagées dans l'objectif de recruter un médecin coordonnateur.	Article D312-156 du CASF	1 an
Vous indiquez poursuivre les démarches de recrutement d'un médecin coordonnateur. La mission prend note de cette dynamique. La prescription est maintenue dans l'attente de sa mise en œuvre.					
E5	L'un des coffres servant à stocker les médicaments stupéfiants contient du matériel ne constituant pas un médicament stupéfiant.	P5	Veiller à ne conserver que des médicaments stupéfiants dans les coffres qui leur sont dédiés. S'il existe un besoin de conserver du matériel, autre que des médicaments, dans des coffres, veiller à séparer leur stockage du stockage des médicaments stupéfiants.	Article R5132-80 du CSP	Immédiat
Vous indiquez avoir réalisé un ajustement concernant ce constat dès la fin de la mission et avoir réalisé un rappel aux IDE. La prescription est levée.					

Tableau récapitulatif des remarques et des recommandations

Remarques		Recommandations		Délai
R1	La formalisation du nouveau projet d'établissement ne fait pas l'objet d'un travail collectif permettant d'intégrer des représentants de l'ensemble des agents de l'établissement.	Rec1	Si la nécessité de mettre à jour rapidement le projet d'établissement, du fait de l'ancienneté du précédent et du fait de la nécessité de présenter un document finalisé pour l'évaluation externe prévue en juin 2024 peut s'entendre, ce projet d'établissement devra faire l'objet d'une large diffusion en interne et il conviendra de prévoir des modalités de modification ou d'amendement du document si besoin.	6 mois
Vous indiquez avoir présenté le projet d'établissement aux instances. Par ailleurs, vous indiquez qu'il a été présenté à l'ensemble du personnel et qu'il est accessible sur la plateforme AGEVAL. De plus, vous avez prévu de revoir le projet, en lien avec les représentants du personnel, après l'été pour d'éventuelles modifications. La mission souligne cette dynamique collective. La recommandation est levée.				
R2	La mission n'a pas été destinataire du CAFDES du directeur.	Rec2	Transmettre le CAFDES.	1 mois
La mission n'a pas été destinataire du CAFDES du directeur. La recommandation est maintenue.				
R3	Si la politique d'ouverture de l'UVP sur le reste de l'établissement peut constituer une démarche intéressante, son fonctionnement n'apparaît pas répondre à l'objectif de prise en charge de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée diagnostiquée et qui présentent des troubles modérés du comportement.	Rec3	Mener une réflexion sur le fonctionnement actuel de l'UVP de l'établissement qu'elle puisse accueillir des résidents relevant de ce type d'unité et afin de répondre à leurs besoins spécifiques.	3 mois
Vous indiquez qu'un groupe de travail pourra être mis en place à l'arrivée de la nouvelle IDEC. La mission prend note de cette démarche. La recommandation est maintenue.				
R4	Le circuit des poubelles et du linge sale ne permet pas de garantir une hygiène optimale.	Rec4	Mener une réflexion sur le circuit des poubelles et du linge sale afin d'éviter l'exposition des locaux communs à des déchets ou des matières souillées.	1 mois
Les réponses apportées permettent de souligner que vous avez mené une réflexion sur le circuit des poubelles et du linge sale. Par ailleurs, vous indiquez que le linge sale n'est plus stocké dans les couloirs et que des procédures sont en cours de rédaction. La recommandation est levée.				

R5	Si globalement, les personnels disposent du matériel nécessaire pour prendre en charge les résidents dans de bonnes conditions, certains équipements sont vétustes.	Rec5	Procéder à une revue des équipements devant être renouvelés et organiser leur remplacement.	3 mois
Vous indiquez que le plan pluriannuel d'investissement n'a pas été remis à jour. Cependant, vous soulignez que l'entretien du matériel est suivi, que les pannes et incidents sont tracés dans AGEVAL et que les réparations nécessaires sont réalisées. La recommandation est levée.				
R6	Il n'est pas précisé les compétences ou qualifications des agents de soin.	Rec6	Préciser les compétences et qualifications des agents de soin.	1 mois
Vous n'apportez pas de précisions quant à la nature exacte des qualifications de ces agents. Par ailleurs, vous indiquez qu'ils exercent des missions d'aide-soignante alors même que cette fonction nécessite le diplôme d'état. La recommandation est maintenue.				
R7	Les réfrigérateurs des salles de soins sont vétustes ce qui impacte la conservation dans le froid.	Rec7	Procéder au remplacement des réfrigérateurs qui dysfonctionnent.	2 mois
Vous indiquez ne pas avoir relevé de dysfonctionnements s'agissant des réfrigérateurs. Vous veillerez à maintenir le relevé régulier des températures. La recommandation est levée.				
R8	Le sac d'urgence n'apparaît pas sécurisé et sa composition est insuffisante.	Rec8	Procéder à la sécurisation du sac d'urgence et consolider sa composition, à l'aide si besoin d'un avis extérieur.	1 mois
Vous indiquez être en cours de révision du contenu du sac d'urgence. La mission prend note de cette action. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa finalisation.				
R9	Si l'accès aux soins palliatifs est bien organisé, la formalisation des directives anticipées des résidents est insuffisante.	Rec9	Finaliser le travail sur les directives anticipées des résidents.	6 mois
Vous indiquez que la finalisation du travail sur les directives anticipées sera réalisée avec la nouvelle IDEC. La mission prend note de cette démarche. La recommandation est maintenue.				
R10	La politique d'amélioration continue de la qualité n'est pas formalisée.	Rec10	Mettre en place une organisation permettant d'assurer le pilotage de sa démarche qualité et gestion des risques et élaborer un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (plan d'actions et tableau de bord de suivi).	6 mois

Vous indiquez que la démarche qualité existe au sein de l'établissement mais qu'elle n'est pas formalisée. Par ailleurs, vous précisez qu'un agent va être nommé référent qualité à compter du 1^{er} août 2024 et qu'un groupe de travail relatif à la qualité va se réunir. La mission souligne la démarche initiée. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa finalisation.

R11	La prévention du risque de maltraitance n'apparaît pas dans les documents institutionnels.	Rec11	Développer la prévention du risque de maltraitance dans le projet d'établissement.	6 mois
-----	--	-------	--	--------

La promotion de la bientraitance fait partie des valeurs de présentes dans le projet d'établissement. Cependant, il n'est pas précisé les actions relatives à la prévention de la maltraitance qui sont prévues dans le cadre de ce projet. La recommandation est maintenue.

R12	L'acculturation des EI et EIG n'est pas acquise par les professionnels. L'établissement ne procède pas à la déclaration systématique des événements et à l'analyse approfondie des EI et EIG via la démarche de retour d'expérience.	Rec12	Revoir les procédures de déclaration et d'analyse des événements indésirables en veillant à mentionner la déclaration des événements le nécessitant aux autorités de tutelle. Proposer des formations relatives à la déclaration des EI et EIGS et mettre en place des temps dédiés à l'analyse des événements afin que le personnel puisse comprendre le sens de la démarche de déclaration.	6 mois
-----	--	-------	---	--------

Vous précisez que les procédures relatives aux EI et EIG existent mais qu'elles sont insuffisamment mises en œuvre. Vous indiquez qu'il est prévu une analyse des EI et EIG en comité de direction. Vous indiquez aussi qu'il est prévu d'organiser des formations à destination des personnels. La mission souligne cette dynamique. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa mise en œuvre.

R13	Le traitement des réclamations n'est pas formalisé dans un protocole.	Rec13	Formaliser le traitement des réclamations.	1 mois
-----	---	-------	--	--------

Vous indiquez qu'une procédure relative au traitement des réclamations est en cours de rédaction. La mission en prend note. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa finalisation.

R14	Il n'existe pas de formations relatives à la gestion de crise prévues au plan de formation.	Rec14	Proposer des formations relatives à la gestion de crise aux personnels de l'établissement.	6 mois
-----	---	-------	--	--------

Vous indiquez que la gestion de crise sera abordée au titre de la formation continue. La mission souligne cette action. La recommandation est maintenue.

R15	Le plan bleu transmis ne permet pas d'identifier la date d'élaboration, de mise à jour et de diffusion de ce dernier.	Rec15	Mettre à jour le plan bleu de l'établissement en faisant figurer la date de mise à jour, permettant de justifier de l'utilisation et de la diffusion de la dernière version en vigueur.	1 mois
-----	---	-------	---	--------

Vous avez transmis la mise à jour du Plan Bleu. La recommandation est levée.

R16	Il n'existe pas de local dédié à la gestion de crise	Rec16	Mettre en place un espace destiné au stockage de matériel dédié à la gestion de crise et faisant l'objet d'un rangement et d'une vérification régulière.	2 mois
La mission prend note de l'existence d'un local dédié à la gestion de crise. La recommandation est levée.				