

Direction Générale

Service émetteur :

Direction Inspection Contrôle Evaluation

Affaire suivie par :

Courriel :

Nos réf :

Monsieur le Directeur
EHPAD de Châtel sur Moselle
2 rue des Vergers
88330 CHATEL-SUR-MOSELLE

Nancy, le

Lettre Recommandée avec AR n°

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations

L'EHPAD du CH « les 3 Rivières » a fait l'objet, d'une inspection inopinée, le 3 avril 2023 conjointe avec le Conseil Départemental des Vosges. Cela s'inscrit dans le cadre du plan de contrôle national des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) échelonné sur deux années à compter de 2022.

Nous vous avons transmis, par mail le 28 novembre 2023, le rapport d'inspection qui nous a été remis, ainsi que les décisions que nous envisagions de prendre.

Nous avons réceptionné vos observations le 16 janvier 2024.

Sur la forme, vous remettez en cause la méthodologie des inspecteurs, et le bien-fondé de l'inspection. Par ailleurs, vous tenez des propos outrageants envers les inspecteurs que nous avons missionnés pour mener le contrôle.

D'une part, nous vous rappelons que le code pénal prévoit des sanctions pour ce cas d'espèces, dans son article 433-5 : « *Constituent un outrage puni de 7 500 euros d'amende les paroles, gestes ou menaces, les écrits ou images de toute nature non rendus publics ou l'envoi d'objets quelconques adressés à une personne chargée d'une mission de service public, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa mission, et de nature à porter atteinte à sa dignité ou au respect dû à la fonction dont elle est investie.* »

En outre, l'ARS se réserve la possibilité d'engager une procédure disciplinaire à votre égard par saisine du CNG.

D'autre part, nous vous mentionnons également, que l'article L.313-13 du CASF précise que les autorités qui délivrent les autorisations de fonctionnement d'un établissement contrôlent l'application du code d'action sociale et des familles par les établissements et services sociaux et médico-sociaux et lieux de vie et d'accueil mentionnés à l'article L.312-1.

Si nous déplorons la tonalité de votre courrier sur la forme, nous constatons que sur le fond, vous ne faites aucune proposition constructive. Pour de nombreuses prescriptions et recommandations, vous mentionnez qu'elles ne sont pas réalisables dans le délai mentionné. Vous ne proposez cependant aucun calendrier qui vous permettrait de les mettre en œuvre.

Nous notons aussi que certaines de ces prescriptions relèvent du CPOM que vous avez signé le 24 octobre 2019, et qui n'ont pas été mises en œuvre en 2023.

Nous relevons par ailleurs que vous n'avez pas transmis l'ensemble des documents demandés. En particulier, vous avez transmis deux factures pour l'audit social réalisé par [redacted] titre de l'année 2023, alors même que six factures ont fait l'objet d'un paiement sur cette période.

Enfin, nous constatons au regard du rapport, qu'il existe un faisceau d'éléments permettant d'établir que le niveau de risques psycho-sociaux dans votre établissement est très alarmant.

Nous prenons acte de vos réponses.

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures retenues dans le tableau en annexe. Elles feront l'objet d'une mission d'inspection de suivi dans le courant de l'année 2024.

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 après réception du présent courrier, les éléments justificatifs des mesures mises en œuvre et demandées aux adresses suivantes :

Agence Régionale de Santé Grand Est
Secrétariat de la Direction de l'Inspection, contrôle et Evaluation
3 boulevard Joffre - CS 80071 - 54036 NANCY CEDEX

Agence Régionale de Santé Grand Est
Délégation Territoriale des Vosges
Service autonomie
1 quartier de la Magdeleine - CS 61019 - 88060 Epinal Cedex 09

Département des Vosges
8 Rue de la Préfecture, 88000 Épinal

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

Virginie CAYRÉ

Le Président du Conseil Départemental
des Vosges

François VANNSON

Signé électroniquement
Pour la Directrice
Générale et par
délégation,
Directrice Générale,
Virginie CAYRE
Date de signature :
04/04/2024

Copie :

ARS Grand Est : Délégation Territoriale des Vosges
Direction de l'Autonomie

Annexe 1

Tableau des écarts, remarques majeures et prescriptions

Ecarts et remarques majeures	Prescriptions	Délais
<u>Ecart 1</u> : bien que la mission mesure les impacts de la pandémie de 2019, il semble que l'établissement n'a jamais sollicité, a priori, les tutelles pour demander un prolongement du précédent projet d'établissement échu en 2020 ou évoquer des retards en la matière. Par conséquent, à mi 2023 l'établissement ne dispose pas de projet d'établissement, ce qui constitue un écart à l'article L.311-8 du CASF.	Prescription 1 : finaliser et faire valider le projet d'établissement.	3 mois
Vous mentionnez de nombreuses explications justifiant l'absence de finalisation du projet d'établissement, le précédent étant échu depuis 3 ans. Vous précisez que l'échéance de 3 mois est irréaliste, « notamment au regard des délais de passages aux instances ». Vous ne faites aucune proposition de délai qui vous semblerait réaliste. En conséquence, le délai de 3 mois est pour l'instant maintenu. Vous informerez la délégation territoriale de l'évolution du dossier et en particulier du délai au terme duquel l'établissement disposera d'un projet d'établissement valide, permettant de vous mettre en conformité avec la réglementation.		
<u>Ecart 2</u> : le règlement de fonctionnement n'est pas à jour car la dernière version existante et transmise est de 2013, ce qui est contraire à l'article R.311-33 du CASF, qui prévoit une un cycle de révision ne pouvant être supérieur à 5 ans.	Prescription 2 : mettre à jour le règlement de fonctionnement et appliquer les dispositions indiquées au sein de l'article R.311-33 du CASF	3 mois
Vous confirmez l'obsolescence du règlement de fonctionnement. La prescription est maintenue.		
<u>Ecart 3</u> : Le CVS ne se réunit pas 3 fois par an minimum, ce qui est contraire à l'article D.311-16 du CASF.	Prescription 3 : réunir le CVS trois fois par an conformément à l'article D.311-16 CASF	Immédiat
Je prends note que les CVS se sont réuni en 2023, le 20 mars, le 3 juillet et le 6 novembre. Vous transmettrez les comptes rendu des séances. La prescription est levée.		
<u>Ecart 4</u> : la commission de coordination gériatrique n'est	Prescription 4 : mettre en place la commission de coordination	3 mois

pas en place, ce qui constitue un écart à l'article D. 312-158 du CASF.	gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	
Vous mentionnez que la commission de coordination gériatrique est en place depuis le 26 mars 2019, mais qu'elle ne s'est pas réuni depuis 2020. Vous confirmez ainsi que l'établissement n'est pas en conformité avec la réglementation. La prescription est maintenue.		
<u>Remarque majeure 1 :</u> la mission ne remet pas en cause la volonté de réaliser un audit. Ce qui génère des questions, ce sont les contradictions entre la convention et le rapport. Il y a un manque factuel de formalisme et de professionnalisme. A ce jour, aucun rapport, ni plan d'action n'est tangible alors que la convention date de 2021. De surcroit, la mission souligne les très grandes difficultés à obtenir ces documents après moult sollicitations, les premières remontant au jour de l'inspection de l'EHPAD le 03/04/2023. Enfin, le rapport, au regard du nom du fichier idoine, a été modifié le 22/06/2023, date qui coïncide avec la venue de l'équipe d'inspection pour le FAS/FAM.	<u>Prescription 5 :</u> Indiquer comment s'est opéré le choix de la [REDACTED] et transmettre tous les éléments financiers relatifs à l'audit social. Indiquer la somme totale payée avec la ventilation des sommes.	1 mois
La prescription vous demande de préciser comment le choix du [REDACTED] est opéré, ce que vous ne faites pas. Vous n'avez pas transmis l'ensemble des éléments financiers, puisque 2 factures ont été fourni à la mission, alors même que 5 ont été mises en paiement. Vous n'indiquez donc pas la totalité des sommes payées et leur ventilation. La prescription est maintenue. Vous transmettrez l'ensemble de ces éléments dans le délai prescrit.		
<u>Ecart 5 :</u> le nouveau médecin coordonnateur ne dispose pas, à l'heure actuelle, des diplômes requis pour exercer cette fonction, ce qui est contraire à l'article D312-157	<u>Prescription 6:</u> Le nouveau médecin coordonnateur devra s'engager dans une formation, à réaliser dans les 3 ans, lui permettant d'exercer les fonctions de médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD, conformément l'article D312-157 du CASF	3 mois
La prescription concerne l'engagement du médecin à se former dans les 3 ans à venir. Le délai de 3 mois a trait à la prise d'engagement, et non pas le délai à l'issue duquel, la formation doit être terminée. En conséquence, la prescription et le délai sont maintenus.		
<u>Remarque majeure 2 :</u> Concernant le personnel soignants, l'établissement n'a pas été en mesure de produire	<u>Prescription 7 :</u> transmettre les diplômes des personnels	Immédiat

les diplômes des personnels exerçant les fonctions d'aides-soignantes.	exerçant les fonctions d'aides-soignantes.	
Vous précisez la transmission des diplômes des aides-soignantes est irréalisable dans le délai requis. L'établissement engage sa responsabilité en ne s'assurant pas de la qualification des personnels soignants qu'il emploie. La prescription est maintenue.		

Tableau des remarques et des recommandations

<u>Remarques</u>	<u>Recommandations</u>	<u>délais</u>
<u>Remarque 1</u> : le pré projet d'établissement n'est pas connu du personnel qui n'a pas participé à son élaboration.	<u>Recommandation 1</u> : Revoir l'organisation du COPIL projet d'établissement avec l'objectif d'avoir la vision des personnels de terrain pour l'EHPAD, avec la participation de ces derniers et le partage des travaux. Ceci pourrait être mis en place sous la forme de groupes de travail thématiques. Présenter au personnel de l'établissement sa déclinaison opérationnelle pour qu'il soit fédérateur, mobilisateur et que chacun puisse s'y reconnaître "	3 mois
La remarque fait suite aux entretiens menés par la mission, et notamment avec le directeur. Je note que vous considérez la recommandation comme irréaliste et inatteignable, sans plus d'explication. Elle est maintenue.		
<u>Remarque 2</u> : la fiche de poste de chef d'établissement n'est pas à jour.	<u>Recommandation 2</u> : mettre à jour la fiche de de chef d'établissement.	Immédiat
La recommandation est supprimée.		
<u>Remarque 3</u> : les fonctions de l'attachée d'administration hospitalière, dont la fiche de poste est intitulée "GESTIONNAIRE BUDGETAIRE ET FINANCIER" ne correspondent pas aux fonctions réelles, ce qui peut induire une confusion et une incohérence entre cette personne et la direction d'une part, et cette personne et les autres personnels de l'établissement d'autre part.	<u>Recommandation 3</u> : définir et formaliser les fonctions actuelles de la gestionnaire budgétaire et financier de l'établissement et diffuser cette information, afin d'éviter toute ambiguïté.	3 mois
Vous précisez que l'organigramme de l'établissement précise sans ambiguïté le champ de compétence de l'attachée d'administration hospitalière. L'organigramme ne constitue pas un document définissant et formalisant les fonctions d'un agent. La recommandation est maintenue.		
<u>Remarque 4</u> : la suppléance par le Directeur de l'IME n'est pas clairement définie. De surcroit, il y a des délégations de signatures. Ces dernières	<u>Recommandation 4</u> : éclaircir le processus de continuité de fonction du Directeur et en informer la mission. Egalement modifier les délégations de	3 mois

ne comprennent pas la communication avec les tutelles pour les déclarations d'événements indésirables ou de dysfonctionnements.	signature existantes en ce qui concerne la communication des d'événements indésirables ou de dysfonctionnements aux tutelles.	
Vous n'apportez aucun élément permettant d'éclaircir le processus de continuité de fonction du Directeur, et en particulier la place du directeur de l'IME qui n'est pas rattaché au CH des 3 rivières. La recommandation est maintenue.		
<u>Remarque 5</u> : le livret d'accueil transmis à la mission, en sa V1, n'est ni daté, ni ne comporte de date de mise à jour	<u>Recommandation 5</u> : indiquer sur le livret d'accueil sa date de réalisation, et les éventuelles mises à jour	3 mois
Vous précisez que le livret d'accueil a été mis à jour avant sa reprographie en juin 2022. Vous préciserez les éléments qui ont été modifiés par rapport à la précédente version. La recommandation est maintenue.		
<u>Remarque 6</u> : il existe un manque d'impulsion de la direction dans la dynamique et le soutien de la cohésion sociale au niveau de l'établissement.	<u>Recommandation 6</u> : établir une politique de cohésion sociale, qui devra être définie sur des critères objectivés, des indicateurs et une évaluation.	3 mois
Je prends note des éléments que vous transmettez dans le cadre de la procédure contradictoire. La recommandation est levée.		
<u>Remarque 7</u> : des facteurs de risques potentiels existent, l'établissement les identifient parfois, mais ne démontre pas de démarche tangible en vue de leur gestion.	<u>Recommandation 7</u> : procéder à une identification des risques potentiels au sein de l'établissement, établir un plan d'action de leur maîtrise.	Immédiat
Contrairement à ce que vous mentionnez, les facteurs de risques sont précisés dans le rapport. La recommandation porte, d'une manière plus générale, sur la méthodologie d'identification des risques potentiels pouvant exister au sein de l'établissement. Cette démarche relève pleinement de la politique de gestion des risques de l'établissement. La recommandation est maintenue.		
<u>Remarque 8</u> : le local plan bleu est en désordre sans inventaire connu.	<u>Recommandation 8</u> : procéder à un inventaire du matériel dans le local plan bleu et l'ordonner afin de le rendre fonctionnel.	3 mois
Vous informez que le dysfonctionnement a été corrigé. Vous n'apportez aucun élément témoignant de l'effectivité de la correction. Vous transmettrez l'inventaire du matériel du local plan bleu. Dans l'attente, la recommandation est maintenue.		
<u>Remarque 9</u> : Les diplômes IDE de l'EHPAD ont été demandés et n'ont pas été transmis à la mission.	<u>Recommandation 9</u> : transmettre les diplômes des IDE de l'EHPAD.	Immédiat

<p>Vous n'avez pas transmis les diplômes comme demandé. La recommandation est maintenue.</p>		
<u>Remarque 10:</u> les 48 personnes inscrites à l'AFGSU au titre du plan de formation prévisionnel 2023 concernent l'ensemble du Centre Hospitalier des 3 Rivières.	<u>Recommandation 10:</u> transmettre les noms et qualifications des agents retenus à l'AFGSU spécifiquement pour l'EHPAD.	Immédiat
<p>La recommandation est maintenue dans l'attente des éléments de réponses dont vous précisez qu'ils sont en cours de constitution.</p>		
<u>Remarque 11:</u> aucune fiche de poste n'a été revue par la nouvelle direction en place.	<u>Recommandation 11:</u> revoir l'ensemble des fiches de poste afin de les actualiser si nécessaire.	Immédiat
<p>Vous confirmez qu'il n'y a jamais eu de fiche de poste, et que les documents fournis sont des éléments copiés à partir de l'ancien répertoire des métiers de la fonction publique. Vous confirmez donc le bien-fondé de la remarque. La recommandation est maintenue. Le délai est porté à 6 mois.</p>		
<u>Remarque 12 :</u> un mode dégradé non formalisé peut être mis en place lors d'un manque de personnel. Sa non formalisation conduit à des glissements de tâches, source de crainte pour le personnel.	<u>Recommandation 12 :</u> formaliser un mode dégradé en ce qui concerne les AS et ASH afin d'éviter un éventuel glissement de tâches.	3 mois
<p>Vous précisez qu'un « mode dégradé aboutit forcément à un glissement de tâche ». Vous précisez également que les ASH peuvent rester seules à la salle à manger pendant le temps du repas. Ceci ne constitue pas une réponse acceptable de la part d'un chef d'établissement. La recommandation et le délai sont maintenus.</p>		
<u>Remarque 13 :</u> il n'y a pas de bilan annuel des chutes des résidents, ce qui ne permet pas de mettre en place des actions préventives ciblées dans le protocole de l'établissement.	<u>Recommandation 13 :</u> réaliser un bilan annuel des chutes afin de déterminer quelles actions préventives peuvent être mises en place.	6 mois
<p>La recommandation est maintenue.</p>		
<u>Remarque 14 :</u> Il n'existe pas de plan institutionnel préventif relatif à la survenue d'escarres. De surcroit, le protocole « Mode opératoire - Prévention d'escarres », référence MO-SOI-PROP-07 a été rédigé le 23/02/04 avec une date de révision prévue il y a 16 ans, en juin 2007.	<u>Recommandation 14 :</u> réfléchir et mettre en place un plan institutionnel préventif relatif à la survenue d'escarres. Revoir le protocole « Mode opératoire - Prévention d'escarres », référence MO-SOI-PROP-07, mettre à jour et respecter, tant que possible l'échéance indiquée.	4 mois
<p>La recommandation est maintenue.</p>		

<u>Remarque 15</u> : Il n'y a pas de plan institutionnel relatif à l'hygiène bucodentaire.	<u>Recommandation 15</u> : veiller à mettre en œuvre, ou a minima, prévoir un calendrier de mise en œuvre des projets relatifs à la thématique "hygiène bucodentaire" évoqué au COPIL projet d'établissement.	4 mois
La recommandation est maintenue.		
<u>Remarque 16</u> : les protocoles transmis à la mission sont anciens et n'ont pas été révisés, depuis environ 10 ans <i>a minima</i> .	<u>Recommandation 16</u> : procéder à une revue de l'ensemble des protocoles, les réviser si nécessaire et les transmettre à la mission.	6 mois
La recommandation est maintenue.		
<u>Remarque 17</u> : le suivi des péremptions des médicaments présente quelques faiblesses pouvant conduire à l'utilisation de produits périmés.	<u>Recommandation 17</u> : revoir la procédure du suivi des péremptions, notamment en ce qui concerne l'ouverture des flacons et le stockage des médicaments dont la date de péremption est proche.	1 mois
Vous apportez des éléments de réponses satisfaisant. La recommandation est levée.		
<u>Remarque 18</u> : le document "Grands axes - Plan de formation prévisionnel 2023 », ne comporte aucune ligne dédiée à la gestion de crise.	<u>Recommandation 18</u> : Procéder à l'inscription d'une formation à la gestion de crise dans le plan de formation.	3 mois
Vous précisez avoir inscrit la formation à la gestion de crise dans le prochain plan de formation. Vous transmettrez ce plan de formation. La recommandation est maintenue dans l'attente.		