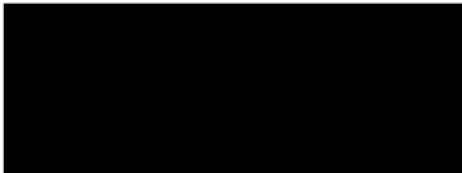


Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :



Monsieur le Directeur de
L'EHPAD Beau Site
16, rue de l'Abbé HARMAND
54 740 HAROUE

Nancy, le 3 Janvier 2024

Objet : Décision suite au contrôle sur pièces

Monsieur,

J'ai diligenté un contrôle sur pièces de votre établissement.
Je vous ai transmis le 07/11/2023 le rapport et les décisions que j'envisageais de prendre.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, je vous ai demandé de me présenter, dans le délai de 1 mois, vos observations sur les mesures correctives envisagées.
J'ai réceptionné votre réponse le 28/11/2023.

Après avoir étudié vos observations et pris en compte les actions mises en œuvre, je vous notifie la présente décision.

I. Prescriptions

Les prescriptions **Pre.1 à Pre.4** sont **maintenues**.

II. Recommandations

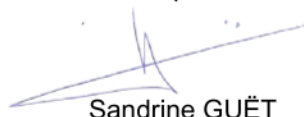
Les recommandations **Rec.2, Rec.5, Rec.6 et Rec.8** sont **levées**.
Les recommandations **Rec.1, Rec.3, Rec.4 et Rec.7** sont **maintenues**.

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

Vous adresserez, dans les délais mentionnés après réception du présent courrier, les éléments justificatifs des mesures mises en œuvre et demandées à la **Délégation Territoriale de Meurthe-et-Moselle – Pôle médico-social** (ars-grandest-dt54-delegate@ars.sante.fr).

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé Grand Est
et par délégation,
la Directrice adjointe
de l'Inspection, Contrôle et Evaluation



Sandrine GUËT

Copies :

- EHPAD: har.dir@acisfrance.net
- ARS Grand Est :
 - o DA
 - o DT54

Annexe 1

Tableau récapitulatif des prescriptions et recommandations définitivement maintenues en lien avec les constats déclinés en écarts et en remarques.

Prescriptions				
Ecart (référence)		Libellé de la prescription		Délai de mise en œuvre
E.1	Le projet d'établissement ne détaille pas les actions menées concernant la prévention de la maltraitance et les soins palliatifs, notamment en termes de formation du personnel et il ne comprend pas de plan détaillant les modalités d'organisation en cas de crise sanitaire ou climatique, ce qui contrevient aux articles L.311-8, D.3122-38 et D.312-160 du CASF.	Pre 1	Intégrer au prochain projet d'établissement les actions concernant la prévention de la maltraitance et les soins palliatifs et le plan détaillant les modalités d'organisation en cas de crise sanitaire ou climatique.	Prescription maintenue Le projet d'établissement fera l'objet d'une nouvelle rédaction pour avril 2025 qui tiendra compte de cette prescription. 18 mois
E.2	La date indiquée de réalisation du règlement de fonctionnement de l'EHPAD est supérieure à 5 ans, ce qui contrevient à l'article R.311-7 du CASF .	Pre 2	Réviser le règlement de fonctionnement ou le corriger, en cas d'erreur dans la date de réalisation indiquée.	Prescription maintenue Le règlement de fonctionnement sera révisé pour avril 2024. 6 mois

E.3	Le temps de travail en équivalent temps plein (ETP) du médecin coordonnateur (MEDEC) est inférieur au seuil de temps minimal de MEDEC fixé à 0,60 ETP pour cet établissement, en application de l'article D.312-156 du CASF.	Pre 3	Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP, afin de l'adapter au nombre de résidents.	Prescription maintenue Le MEDEC n'est pas en mesure d'augmenter son temps de travail. L'établissement est attentif à toute opportunité. 6 mois
E.4	Des agents non qualifiés dispensent des soins de jour et de nuit aux résidents (glissements de tâches), contrevenant aux dispositions de l'article L.312-1 II du CASF.	Pre 4	Justifier d'une démarche de qualification en cours. A défaut, inscrire les agents faisant fonction d'aides-soignants dans un parcours de formation pour obtenir le diplôme d'aide-soignant.	Prescription maintenue L'établissement indique que l'association est inscrite dans une démarche de formation. En revanche, il n'a pas précisé si les agents actuellement non qualifiés et qui dispensent des soins de jour et de nuit sont dans une démarche de qualification en cours. 6 mois

Recommandations				
Remarque (référence)		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R.1	Le document unique de délégation de pouvoir n'est pas personnalisé pour le directeur de l'EHPAD Beau Site et la nature et l'étendue de la délégation sont plutôt décrites dans les statuts de l'association.	Rec 1	Rédiger un document unique de délégation propre au directeur de l'EHPAD Beau Site en reprenant les points suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Conduite et définition de la mise en œuvre du projet d'établissement, - Gestion et animation des ressources humaines, - Gestion budgétaire, financière et comptable, - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs. 	Recommandation maintenue L'établissement a transmis le même document unique de délégation de pouvoir 3 mois

R.2	La procédure ne détaille pas les modalités de déclaration externe des dysfonctionnements graves et des EIGS.	Rec 2	Préciser les modalités de déclaration externe des dysfonctionnements graves et des EIGS (qui, quoi, comment) en détaillant notamment les étapes, au besoin par un logigramme.	Recommandation levée L'établissement a transmis 2 procédures complémentaires : « Procédure de recueil d'alerte/signalement » et « Déclaration des événements indésirables ». La dernière procédure détaille les modalités de déclaration externe.
R.3	L'EHPAD n'organise pas de retour d'expérience.	Rec 3	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, organiser des RETEX afin d'éviter que des événements indésirables ne se reproduisent.	Recommandation maintenue L'établissement va mettre en place un RETEX dans le cadre des prochaines réunions staff de l'établissement. 3 mois
R.4	Le plan d'amélioration de la qualité est partiellement complété et il n'a pas été actualisé en 2023.	Rec 4	Compléter et actualiser le plan d'amélioration de la qualité.	Recommandation maintenue L'établissement précise que le plan sera complété dans le délai de 3 mois. 3 mois
R.5	La légende des plannings ne comprend pas tous les codes horaires utilisés, notamment les horaires des IDE (T1) afin de s'assurer de la présence minimale d'une IDE de 8h à 19h pour une organisation fluide des soins.	Rec 5	Transmettre la légende complétée des codes horaires manquants (T1) et garantir la présence minimale d'une IDE de 08h à 19h pour une organisation fluide des soins.	Recommandation levée L'établissement a transmis la légende complétée avec le planning de novembre 2023 qui indique la présence quotidienne d'une IDE de 07h00 à 19h00

R.6	Le fonctionnement de nuit avec 2 agents sans la présence a minima d'une AS dans le binôme, ne permet pas de réaliser une prise en charge sécurisée.	Rec 6	Sécuriser l'organisation du travail de nuit, par la présence d'une AS dans le binôme de nuit, et transmettre les plannings modifiés.	Recommandation levée L'établissement a modifié son organisation depuis le 01/10/2023 afin de garantir la présence d'une AS dans le binôme, ce qui apparait dans le planning de novembre 2023 transmis.
R.7	Les plannings ne permettent pas d'identifier le personnel présent au sein de l'unité de vie protégée (UVP).	Rec 7	Identifier, dans les plannings, le personnel dédié à l'UVP.	Recommandation maintenue L'établissement précise que cette demande sera intégrée dans les prochains plannings. 3 mois
R.8	L'établissement n'a pas transmis le plan de développement des compétences réalisé pour 2022.	Rec 8	Transmettre le plan de développement des compétences réalisé pour 2022.	Recommandation levée L'établissement a transmis le plan de développement des compétences réalisé pour 2022.