

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :



Madame la Directrice
EHPAD Les Myosotis
2 rue de Lebach
57230 BITCHE

Réf. : 2023D/14657/LA

Nancy, le

04 DÉC. 2023

Lettre Recommandée avec AR n° 2C 160 697 6038 0

Objet : Décision suite au contrôle sur pièces

Madame la Directrice,

J'ai diligenté un contrôle sur pièces de votre établissement.

Je vous ai transmis le 25/09/2023 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 17 octobre 2023.

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

I. Prescriptions

La prescription Pre.9 est levée.

Les prescriptions Pre.1 à Pre.8 et Pre.10 sont maintenues.

II. Recommandations

Les recommandations R.2, R.11 et R.12 sont levées.

Les recommandations R.1, R.3 à R.10 et R.13 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 Moselle - Service territorial des établissements et services médico-sociaux** (ars-grandest-dt57-delegue@ars.sante.fr).

Je vous prie d'agrérer, Madame la Directrice, l'expression de ma considération distinguée.

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

Pour la Directrice Générale,
En l'absence du Directeur de l'Inspection,
Contrôle et Evaluation,
La Directrice Adjointe,
Sandrine GUET
Michel MULIC

Copies :

- EHPAD : [REDACTED]
- ARS Grand-Est :
 - o DA
 - o DT57

CCIS 700 70

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	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Pre 1	Réviser le projet d'établissement cadaucé en lien avec les différentes catégories de personnel.	6 mois
E.2	Le rapport annuel d'activité transmis est incomplet. Il ne comporte pas d'informations sur le fonctionnement de l'établissement en terme de charges de personnel et d'exploitation comme mentionné à l'article R 314-50 du CASF.	Pre 2	Rédiger le prochain rapport d'activité 2023 en conformité aux dispositions de l'article R 314-50 du CASF.	Lors de la rédaction du rapport financier 2023
E.3	Le rapport annuel d'activité ne mentionne pas les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Il n'est ainsi pas conforme aux dispositions de l'article D312-203 du CASF.	Pre 3	Préciser dans le rapport d'activité 2023 la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Lors de la rédaction du rapport d'activité 2023
E.4	La commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 3° du CASF.	Pre 4	Planifier la commission gériatrique, dès le recrutement du médecin coordonnateur.	Au recrutement du médecin coordonnateur
E.5	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-155-0-II du CASF.	Pre 5	Actionner tous les leviers disponibles pour recruter un médecin coordonnateur au sein de l'établissement, afin de répondre aux conditions de l'article D312-156 du CASF.	6 mois
E.6	Le rapport d'activité médicale de l'année 2022 n'est pas réalisé en conformité avec les dispositions de l'article D312-58-10° du CASF.	Pre 6	Rédiger le rapport d'activité médicale annuel 2023 conformément aux dispositions de l'article D312-58-10° du CASF.	Lors de l'élaboration du rapport d'activité médicale 2023

E.7	L'établissement ne dispose pas de procédure écrite de recueil et de suivi des EI/EIG/EIGS. Cette situation ne favorise ni la démarche d'amélioration continue, ni la déclaration aux autorités compétentes des EI/EIG tel que prévu à l'article L.331-8 du CASF.	Pre 7	Rédiger une procédure définissant le mode de déclaration et de traitement en interne et en externe des EIG/EIGS et la diffuser au personnel de l'EHPAD.	3 mois
E.8	Il n'existe pas de plan d'actions portant sur la maîtrise des risques et l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge, contrevenant ainsi aux dispositions de l'article D.312-203 CASF (absence de RRA dans l'établissement).	Pre 8	Créer et mettre en place un plan d'actions, ainsi que la procédure de suivi de celui-ci.	3 mois
E.9	En mai 2023, le planning du PASA ne mentionne aucun personnel soignant sur 6 jours d'ouverture du service.	Pre 9	Transmettre à l'ARS les mesures prises pour pallier l'absence de personnel soignant dans le PASA pour les prochains mois.	Prescription levée. L'établissement transmet des précisions sur le planning du PASA.
E.10	Le PASA ne dispose pas d'un ergothérapeute ou de psychomotricien contrairement aux dispositions de l'article D312-155-0-1 du CASF.	Pre10	Mettre en œuvre le recrutement d'un temps d'ergothérapeute ou de psychomotricien.	6 mois

Recommandations				
Remarque (référence)		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R.1	Il n'a pas été identifié les modalités d'organisation des astreintes les weekends et jours fériés par les cadres de direction.	Rec 1	Mettre en place la permanence de la direction, formaliser ses modalités, et la porter à l'attention du personnel.	3 mois
R.2	L'organigramme n'est pas daté et n'est pas à jour. Il mentionne une responsable IDE alors que le poste est vacant depuis 2020.	Rec 2	Actualiser l'organigramme et préciser la date de mise à jour.	Recommandation levée. L'organigramme a été mis à jour et daté.
R.3	Les décisions prises lors des réunions organisées par la direction ne sont pas formalisées dans un compte-rendu.	Rec 3	Rédiger des comptes rendus des réunions de direction.	Prochaine réunion de direction
R.4	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD n'est pas daté, ni signé de la directrice.	Rec 4	Dater le règlement de fonctionnement de l'EHPAD et le faire signer par la directrice.	1 mois

R.5	Il n'a pas été présenté de procédure de gestion des réclamations.	Rec 5	Rédiger une procédure de gestion des réclamations des résidents et des proches.	3 mois
R.6	Compte tenu de l'absence de MEDEC, l'EHPAD nécessite la priorisation d'un temps d'IDEC pour renforcer l'équipe de soins en place.	Rec 6	Recruter une infirmière coordinatrice.	3 mois
R.7	L'établissement ne procède pas à l'analyse approfondie via la démarche de retour d'expérience.	Rec 7	Organiser des RETEX afin d'éviter que des événements indésirables ne se reproduisent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.	3 mois
R.8	Les plannings présentent une grande disparité des effectifs matin/après-midi, semaine/week-end.	Rec 8	Travailler sur l'organisation et les besoins minimaux en terme de personnel, des affectations de celui-ci et harmoniser les planning afin d'avoir un nombre de personnel mieux réparti entre la semaine et le week-end.	3 mois
R.9	Il n'y a pas d'astreinte IDE durant la nuit.	Rec 9	Organiser une astreinte IDE durant la nuit au sein de l'EHPAD ou avec d'autres établissements.	3 mois
R.10	En 2022, l'absentéisme du personnel aide-soignant est élevé (31,22%).	Rec 10	Analyser les causes de cet important absentéisme afin de pouvoir trouver les solutions les plus adaptées pour y pallier.	3 mois
R.11	Le manque d'effectif au sein de l'UVP constitue une fragilité importante dans l'organisation des soins dispensés aux résidents.	Rec 11	Transmettre à l'ARS les mesures envisagées pour pallier les absences, ainsi que les procédures dégradées afférentes.	Remarque levée. 2 personnels soignants présents de 6h à 21h + 1 agent de service logistique de 6h30 à 12h30.
R.12	Il n'y a pas de personnel de nuit positionné au sein de l'UVP.	Rec 12	Positionner un personnel de nuit sur le service UVP, à défaut, prévoir des tours de garde.	Remarque levée. Des tours de garde sont organisés vers 22h00, 2h00 et 5h00.
R.13	L'assistante en soins de gérontologie n'apparaît pas sur le planning du mois de mai 2023.	Rec 13	Préciser sur les plannings les temps d'intervention de l'assistante en soins de gérontologie.	1 mois

