



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :

Monsieur le Directeur
EHPAD Sainte Véronique
66 rue du Général Rampont
57560 ABRESCHVILLER

Réf. :

Nancy, le 30 AOUT 2023

Lettre Recommandée avec AR n° 2C 160 697 1418 5

Objet : Décision suite au contrôle sur pièces

Monsieur le Directeur,

J'ai diligenté un contrôle sur pièces de votre établissement.
Je vous ai transmis le 09/08/2023 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 18/08/2023.

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 et Pre.4** sont levées.
Les prescriptions **Pre.2, Pre.3, Pre.5, Pre.6, Pre.7, Pre.8 et Pre.9** sont **maintenues**.
La prescription n°4 est levée. Toutefois, il conviendra de dater le règlement de fonctionnement.
La prescription n° 9 ne peut être levée faute de justificatifs (planning réel).

II. Recommandations

Les recommandations **R.1, R.2, R.3, R.4, et R.7** sont levées.
La recommandation n°3 est levée. Néanmoins, il serait souhaitable de rédiger les comptes rendus sous format informatique pour le diffuser à l'ensemble des participants.
Les recommandations **R.5, R.6, R.8 et R.9** sont **maintenues**.
La recommandation n°6 est maintenue car la procédure de traitement des événements indésirables n'a pas été mise à jour en précisant d'une part que l'IDEC est destinataires des FSEI et les traite avec la Direction et d'autre part que les solutions apportées sont ensuite diffusées au personnel.

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-posa@ars.sante.fr).

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, 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


Michel MULIC

Copies :

- EHPAD: 
- ARS Grand-Est :
 - o DA
 - o DT57

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 2023-2026 transmis à l'ARS n'est pas finalisé.	Pre 1	Finaliser le projet d'établissement.	Prescription levée. Le projet d'établissement finalisé a été transmis.
E.2	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 pas conforme aux dispositions de l'article D312-203 du CASF.	Pre 2	Préciser dans le rapport d'activité 2023 la démarche d'amélioration continue de la qualité.	9 mois
E.3	La commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 3° du CASF.	Pre 3	Mettre en place la commission de coordination gériatrique. Celle-ci doit se réunir au moins annuellement.	6 mois
E.4	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD Sainte Véronique n'a pas été modifié selon la périodicité prévue et qui ne peut être supérieure à 5 ans, conformément à l'article R311-33 du CASF.	Pre 4	Modifier le règlement de fonctionnement et appliquer dispositions prévues à l'article R311-33 du CASF.	Prescription levée. Le règlement de fonctionnement a été revu.
E.5	Le conseil de vie sociale ne se réunit pas au moins trois fois par an, contrairement aux dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.	Pre 5	Réunir les représentants du conseil de vie sociale au moins trois fois/an. Faciliter matériellement la tenue de ces réunions.	3 mois
E.6	Le temps de travail en équivalent temps plein du médecin coordonnateur contrevient aux dispositions de l'article D. 312 -156 du CASF.	Pre 6	Réviser le temps de travail du médecin coordonnateur, afin de l'adapter au nombre de résidents de l'établissement.	6 mois

E.7	Il n'est pas établi de rapport d'activité médicale annuel, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-155-3 9° du CASF.	Pre 7	Etablir le rapport d'activité médicale annuel de l'année 2022.	6 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'action, ainsi que la procédure de suivi de celui-ci.	3 mois
E.9	Un agent, étudiant en 3ème année d'IFSI, est identifié en tant que IDE sur le planning et dispense des soins aux résidents (glissement de tâches), contrevenant aux dispositions de l'article L.312-1 II du CASF.	Pre 9	Organiser la dispensation des soins en tenant compte des limites du champ de compétences du personnel.	Immédiat

Recommandations				
Remarque (référence)		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R.1	La délégation de pouvoir du directeur n'est pas datée.	Rec 1	Dater la délégation de pouvoir du directeur.	Recommandation levée. La délégation de pouvoir a été datée.
R.2	L'organigramme de l'EHPAD Sainte Véronique n'est pas daté.	Rec 2	Dater l'organigramme de l'EHPAD	Recommandation levée. L'organigramme mentionne la date de mise à jour.
R.3	Les 3 derniers comptes rendus des réunions de direction demandés à l'établissement n'ont pas été transmis.	Rec 3	Transmettre les 3 derniers comptes rendus des réunions de direction	Recommandation levée. Comptes rendus des CODIR transmis.
R.4	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas de formation d'encadrement spécifique.	Rec 4	Inscrire l'infirmière coordinatrice à une formation d'encadrement dans les meilleurs délais.	Recommandation levée. Attestation de formation transmise

R.5	L'établissement ne dispose pas d'outils opérationnels de déclaration et de suivi des événements indésirables et des réclamations.	Rec 5	Mettre en place un outil permettant d'enregistrer les événements indésirables et les réclamations et d'assurer le suivi de leur traitement.	3 mois
R.6	La procédure relative aux événements indésirables ne décrit pas les modalités de traitement des déclarations de dysfonctionnement ou d'événements indésirables.	Rec 6	Dans la procédure relative aux événements indésirables, définir les modalités de traitement des signalements et préciser la diffusion des solutions apportées auprès de l'ensemble du personnel.	1 mois
R.7	Les procédures relatives au traitement des événements indésirables et des réclamations ne sont pas visées ni datées.	Rec 7	Dater et signer les procédures relatives au traitement des événements indésirables et des réclamations.	Recommandation levée. Les procédures relatives au traitement des événements indésirables et des réclamations ont été datées et signées.
R.8	L'établissement ne procède pas à l'analyse approfondie des dysfonctionnements et des événements indésirables via la démarche de retour d'expérience.	Rec 8	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.9	Certaines conventions avec des partenaires extérieurs sont très anciennes et nécessitent une actualisation.	Rec 9	Actualiser les conventions passées depuis plus de 8 ans avec des partenaires extérieurs.	3 mois

