

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :

Monsieur le Directeur
EHPAD Albert SCHWEITZER
28 rue des vergers
57410 ROHRBACH

Réf. :

Nancy, le 11 décembre 2023

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 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 29/11/2023.

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.8 sont maintenues.

II. Recommandations

Les recommandations R.1, R.3, R.8, R.9 et R.10 sont levées.

Les recommandations R.2, R.4, R.5, R.6, R.7, R.11 et R.12 sont maintenues.

La recommandation R.3 est levée. Toutefois, vous voudrez bien préciser la date de mise à jour de l'organigramme.

La recommandation R.2 est maintenue. En effet, le planning des astreintes assurées par la Présidence et/ou des membres du conseil d'administration désignés n'a pas été transmis.

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 la Moselle - Service territorial des établissements et services médico-sociaux** (ars-grandest-dt57-delegate@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,
la Directrice adjointe
de l'Inspection, Contrôle et Evaluation



Sandrine GUËT

Copies :

- EHPAD: [REDACTED]
- 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 n'est pas conforme aux références légales et réglementaires : - Il ne définit pas modalités d'organisation et de fonctionnement contrairement aux dispositions de l'article L-311- 8 du CASF, - Il ne précise pas les moyens de prévention et de lutte contre la maltraitance mis en place, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF. - Il ne définit pas les mesures propres à assurer les soins palliatifs, contrairement aux dispositions de l'article D. 311-38 du CASF. - Il ne comprend pas « un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle » contrairement aux disposition de la loi no 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (art. 68-VII). - Il ne fait pas mention d'une consultation au préalable du CVS ou autre forme de participation comme mentionné dans l'article L. 311-8 du CASF.	Pre 1	- Réviser le projet d'établissement en intégrant les modalités d'organisation et de fonctionnement.	6 mois
			- Réviser le projet d'établissement afin de faire apparaître la politique de prévention de lutte contre la maltraitance.	6 mois
			- Réviser le projet d'établissement afin de faire apparaître les mesures propres à assurer les soins palliatifs.	6 mois
			- Intégrer dans le projet d'établissement un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle.	6 mois
			- Mentionner les dates de présentation et de validation du projet d'établissement par le conseil de la Vie Sociale. Si celui-ci n'a pas été présenté, réunir un CVS extraordinaire, afin de présenter le projet d'établissement. Comité de direction –	6 mois
E.2	La commission de coordination gériatrique n'est pas réunie au minimum une fois par an conformément aux dispositions de l'article D.312-158 du CASF.	Pre 2	Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an.	2 mois

E.3	Le règlement de fonctionnement transmis n'a pas été établi après consultation du conseil de vie sociale contrairement aux dispositions de l'article D.311-155 1° du CASF.	Pre 3	Réunir un CVS exceptionnel afin de le consulter sur le règlement de fonctionnement.	1 mois
E.4	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 4	Réunir les représentants du conseil de vie sociale au moins trois fois/an.	1 an
E.5	Le temps de travail en équivalent temps plein du médecin coordonnateur contrevient aux dispositions de l'article D. 312 -156 du CASF qui prévoit 0,6 ETP au regard du nombre de résidents pris en charge.	Pre 5	Augmenter l'équivalent temps plein de médecin coordonnateur, afin de l'adapter au nombre de résidents de l'établissement.	6 mois
E.6	Aucune convention n'a été signée entre l'EHPAD et les pharmacies dispensatrices des médicaments et produits de santé, contrairement aux dispositions de l'article L. 5126-10 II du CASF	Pre 6	Etablir dans les meilleurs délais une convention signée entre les deux parties, explicitant les modalités d'approvisionnement des médicaments entre l'officine et l'EHPAD et désignant le pharmacien référent.	3 mois
E.7	L'établissement ne transmet pas de procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves et des EIG, de sorte qu'il n'est pas possible de savoir s'il transmet sans délai à l'ARS tout dysfonctionnement grave dans sa gestion ou son organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, conformément à ce que prévoit l'article L331-8-1 du CASF.	Pre 7	Rédiger une procédure définissant le mode de déclaration et de traitement en externe des EIG/EIGS.	3 mois

R. majeure n°1	La démarche d'amélioration continue de la qualité de prise en charge des résidents n'est pas développée. L'établissement ne transmet pas de plan d'actions portant sur la maîtrise des risques et l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge et prestations pour l'année 2022. La procédure de gestion des événements indésirables ne comporte pas de définition d'un événement indésirable, ni d'un événement indésirable grave associé aux soins. Il n'existe pas de procédure de gestion des réclamations, l'établissement ne procède pas à l'analyse approfondie des dysfonctionnements et des événements indésirables via la démarche de retour d'expérience.	Pre 8	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un plan d'actions portant sur la maîtrise des risques et l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge et prestations. - Réviser la procédure de gestion des événements indésirables en précisant les notions d'EI; EIG et EIGS. - Rédiger une procédure de gestion des réclamations. - Réaliser des retours d'expérience suite à des dysfonctionnements ou événements indésirables. 	3 mois
-----------------------	---	--------------	--	--------

Recommandations				
Remarque (référence)		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R.1	Le document unique de délégation établi le 04/11/2021 n'est pas signé.	Rec 1	Signer le document unique de délégation établi le 04/11/2021	Recommandation levée. DUD signé par la Présidence.
R.2	Il n'est pas identifié les modalités d'organisation des astreintes durant l'absence du directeur.	Rec 2	Organiser une astreinte administrative durant les absences du directeur.	1 mois
R.3	Il n'existe pas d'organigramme détaillé du personnel de l'EHPAD précisant les liens hiérarchiques et fonctionnels.	Rec 3	Réaliser un organigramme détaillé de l'ensemble du personnel précisant les liens hiérarchiques.	Recommandation levée. Organigramme transmis.
R.4	Le projet d'établissement ne mentionne pas la qualité comme axe prioritaire d'orientation de l'EHPAD.	Rec 4	Préciser la place de l'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement, notamment les points de fragilité à corriger, les points structurants à conforter.	3 mois
R.5	La participation des professionnels de l'établissement n'est pas institutionnalisée dans la rédaction du projet d'établissement.	Rec 5	Inciter les professionnels à participer à la révision du projet d'établissement en leur dégageant le temps nécessaire pour ce faire.	3 mois
R.6	Le projet d'établissement est élaboré mais n'est pas validé : la signature du directeur de l'établissement n'est pas apposées.	Rec 6	Faire valider le projet d'établissement par le directeur et faire apposer sa signature.	1 mois

R.7	Il n'est pas mis en place de comité de direction permettant d'assurer le pilotage opérationnel de la structure.	Rec 7	Mettre en place des réunions de comité de direction et les formaliser dans un compte-rendu.	1 mois
R.8	Il est constaté l'absence de visibilité de l'intervention de l'animateur (planning, tableau récapitulatif des ressources humaines).	Rec 8	Préciser le temps de présence de l'animateur, et son mode de fonctionnement.	Recommandation levée. Planning de l'animation transmis.
R.9	Absence de visibilité des dates d'intervention de la psychologue.	Rec 9	Préciser les journées d'intervention de la psychologue.	Recommandation levée. Intervention de la psychologue les lundi et vendredi après-midi ainsi que les mardi et jeudi matin.
R.10	Les plannings ne permettent pas d'identifier le personnel présent au sein de l'unité de vie protégée (UVP), ni de déterminer si le personnel est uniquement dédié à l'unité de vie protégée.	Rec 10	Réviser le planning afin que le personnel dédié à l'UVP apparaisse clairement.	Recommandation levée. Planning de l'UVP transmis.
R.11	Il n'existe pas de projet spécifique pour l'unité de vie protégée.	Rec 11	Rédiger un projet de service dédié à l'unité de vie protégée, incluant du personnel dédié à ce service, et spécifiquement formé à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives.	6 mois
R.12	L'établissement n'a pas transmis de conventions signées avec des partenaires pouvant intervenir dans la prise en charge médicale des résidents : HAD, équipe mobile de soins palliatifs, établissements de santé.	Rec 12	Transmettre les conventions avec les partenaires pouvant intervenir dans la prise en charge médicale des résidents : HAD, équipe mobile de soins palliatifs, établissements de santé.	Immédiat