

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :



Monsieur le Directeur de l'EHPAD
223 b RUE DE LA CHARMILLE
57560 SAINT QUIRIN

Réf. :

Nancy, le 31 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 07/12/2023 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 20/12/2023.

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** (bien qu'il subsiste encore des commentaires en pages 6 et 10), **Pre.3, et Pre.10 sont levées.**

Les prescriptions **Pre.2, Pre.4, Pre.5 à Pre.9 sont maintenues** :

- la **Pre.2** est maintenue dans l'attente de la communication du rapport annuel d'activité pour l'année N-1 ;
- la **Pre.4** est maintenue en l'absence de communication du règlement de fonctionnement modifié ;
- la **Pre.5** est maintenue : j'ai pris acte que le MEDEC refuse d'augmenter son temps de travail, la non-conformité à la réglementation subsiste ;
- la **Pre.6** est maintenue : le RAMA transmis est succinct au regard de ce qui est attendu (analyse des prises en charge réalisées, évolution de l'état de santé des résidents, bonnes pratiques en place, projet soignant...) et ne comporte pas d'analyse des données permettant d'assurer un suivi annuel du projet de soins, de l'évolution des bonnes pratiques de soins ; ces éléments sont à prendre en compte à l'occasion du prochain RAMA.
- la **Pre.7** est maintenue : la procédure transmise ne prévoit toujours pas que le signalement des événements indésirables graves à l'ARS ou au CD doit être fait sans délai, et ne prévoit pas les modalités de traitement en interne de ces événements;
- la **Pre.8** est maintenue dans l'attente de la communication du plan d'actions portant sur la maîtrise des risques et l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge ;
- la **Pre.9** est maintenue en l'absence de transmission de document attestant d'une réflexion ou d'un engagement de l'établissement dans une démarche de formation diplômante des agents de soins.

II. Recommandations

Les recommandations **Rec.1, Rec.2, Rec. 4, Rec.6, Rec.13 et Rec.14** sont levées.

S'agissant de la recommandation 2, vous nous avez transmis des comptes-rendus manuscrits de vos réunions de Direction ; s'agissant de documents non dématérialisés, vous vous assurerez de leur bonne diffusion en interne et de leur archivage.

Les recommandations **Rec.3, Rec.5, Rec.7 à Rec.12** sont maintenues.

S'agissant de la recommandation 5, il conviendra de revoir la définition et la classification des évènements indésirables ou des situations exceptionnelles et dramatiques, car tout évènement indésirable ou évènement indésirable grave ne relève pas nécessairement de la maltraitance ou d'une « attitude » de maltraitance.

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-delegue@ars.sante.fr)**.

Je vous prie d'agrérer, Monsieur, 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: [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 transmis n'est pas finalisé et 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	Finaliser le projet d'établissement et le soumettre au CVS pour consultation.	Levée
E.2	L'établissement n'a pas rédigé de rapport annuel d'activité pour 2022, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.314-50 du CASF.	Pre 2	Rédiger un rapport annuel d'activité de l'EHPAD pour l'année N-1.	6 mois
E.3	La commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 3° du CASF.	Pre 3	Mettre en place cette commission avec les professionnels concernés. Celle-ci doit se réunir au moins annuellement.	Levée
E.4	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD ne comporte aucune mention quant à la date de réalisation, ni de modification. Or ce document doit être modifié selon une périodicité prévue qui ne peut être supérieure à 5 ans, conformément à l'article R.311-33 du CASF. Par ailleurs, il ne mentionne pas la date à laquelle il a été soumis au CVS pour consultation.	Pre 4	Modifier le règlement de fonctionnement et appliquer les dispositions prévues à l'article R.311-33 du CASF.	3 mois
E.5	Le temps de travail en équivalent temps plein du médecin coordonnateur contrevient aux dispositions de l'article D. 312 -156 du CASF.	Pre 5	Réviser le temps de travail du médecin coordonnateur, afin de l'adapter au nombre de résidents de l'établissement.	Dès que possible
E.6	Il n'est pas établi de rapport d'activité médicale annuel, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158-10°du CASF.	Pre 6	Etablir le rapport d'activité médicale annuel de l'année 2022.	Pour le prochain RAMA

E.7	L'établissement ne transmet pas de procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves et des EIGS, 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 L.331-8-1 du CASF.	Pre 7	Rédiger et transmettre une procédure définissant le mode de déclaration (sans délai) et de traitement en externe des EIG/EIGS.	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, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-203 du CASF (absence de rapport d'activité annuel dans l'établissement).	Pre 8	Mettre en place et transmettre un plan d'action, ainsi que la procédure de suivi de celui-ci.	3 mois
E.9	Des agents non qualifiés dispensent des soins de jour et de nuit aux résidents (glissement de tâches), ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.312-1 II du CASF.	Pre 9	Apporter des éléments de preuve quant à une validation des acquis d'expérience en cours pour ces agents, ou une inscription dans un cursus diplômant.	1 mois
E.10	La composition de l'équipe intervenant au sein du PASA n'est pas précisée, ce qui ne permet pas de savoir si elle est conforme aux dispositions de l'article D.312-155-0-1 du CASF.	Pre 10	Communiquer la composition de l'équipe intervenant au sein du PASA.	Levée

Recommandations				
Remarque (référence)		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R.1	L'organigramme n'est pas daté.	Rec 1	Mentionner une date de mise à jour sur l'organigramme.	Levée
R.2	Il n'est pas mis en place de réunion périodique permettant un pilotage de l'établissement.	Rec 2	Organiser des réunions périodiques de direction.	Levée
R.3	L'IDEC n'a pas bénéficié d'une formation spécifique pour accéder à son poste.	Rec 3	Etudier l'opportunité d'inscrire l'IDEC à une formation d'encadrement.	3 mois
R.4	Aucun document ne permet d'établir que l'IDEC effectue des missions de coordination.	Rec 4	Communiquer le contrat de travail mentionnant la fonction de l'IDEC.	Levée

R.5	Le Protocole de signalement des EI et des situations dramatiques et exceptionnelles communiqué n'est pas visé et n'est pas daté, et la définition des évènements indésirables ou des situations exceptionnelles et dramatiques n'est pas adaptée en ce qu'elle ne renvoie qu'aux cas de maltraitance.	Rec 5	Revoir le protocole en conséquence, le dater et le viser.	1 mois
R.6	La procédure de traitement des réclamations n'est pas visée et n'est pas datée.	Rec 6	Viser et dater la procédure de traitement des réclamations.	Levée
R.7	L'EHPAD n'organise pas de retours d'expérience (RETEX).	Rec 7	Organiser des RETEX afin d'éviter que des évènements indésirables ne se reproduisent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.	3 mois
R.8	Il existe une différence entre le nombre d'IDE renseigné au jour du contrôle dans le questionnaire RH (4,6 ETP), dans le tableau récapitulatif RH (5,6 ETP), et dans les plannings (4 IDE).	Rec 8	Expliquer ces différences.	1 mois
R.9	Il existe des incohérences dans les dénominations et les listings du tableau récapitulatif RH (AMP/AES et agent de soins) et les plannings.	Rec 9	Expliquer ces incohérences.	1 mois
R.10	Il existe une différence entre les déclarations de l'établissement dans le tableau récapitulatif RH et le planning au jour du contrôle au niveau du nombre d'AS présentes.	Rec 10	Expliquer cette différence.	1 mois
R.11	Il existe des incohérences entre les déclarations du tableau récapitulatif RH et le planning du mois de mai 2023 s'agissant des AGS.	Rec 11	Expliquer ces incohérences.	1 mois
R.12	Il existe des incohérences dans les déclarations de l'établissement au sujet du nombre d'ASL et entre le nombre d'ASL selon le planning au jour du contrôle et le nombre déclaré dans le tableau récapitulatif RH.	Rec 12	Expliquer ces incohérences.	1 mois

R.13	Le personnel au sein de l'UVP ne lui est pas dédié.	Rec 13	Stabiliser l'équipe de l'UVP afin de proposer un accompagnement plus adapté aux résidents de l'UVP et la former à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives.	Levée
R.14	Le plan de formation externe 2022 ne mentionne pas l'organisme formateur, ne précise pas la qualification des participants, et ne comprend pas d'émargements permettant d'attester de la réalisation des formations.	Rec 14	Transmettre un plan de formation externe pour 2023 tenant compte de ces remarques.	Levée