

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :

Madame Sandrine JAGER

Directrice

Courriels :

EHPAD « Notre Dame du Blauberger »

29 rue du Blauberger

57200 SARREGUEMINES

Tél

Lettre recommandée avec AR n° 2C 140 615 9035 6

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 06/11/2024 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 en date du 11/12/2024.

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, 2 et Pre. 3** sont **levées**.

Les prescriptions **Pre. 4, 5, 6, 7, 8 et Pre. 9** sont **maintenues**.

II. Recommandations

Les recommandations **Rec. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 et Rec. 13** sont **levées**.

La recommandation **Rec. 5 et 14** 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 du 57 - Service Animation Territoriale (ARS-GRANDEST-DT57-DELEGUE@ars.sante.fr).

La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application Télerecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

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

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
Pour la directrice générale et par délégation - La Directrice Adjointe
de l'Inspection Contrôle et Evaluation,
Sandrine GUET
Nancy le 21/01/2025



Copies :

- **EMS :** [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	En l'absence de diplôme de niveau I, le diplôme transmis ne permet pas d'établir si celui-ci correspond aux dispositions de l'article D. 312-176-6 du CASF.	Pre 1	Apporter des éléments de preuves précisant que le niveau de certification du diplôme est conforme à l'exercice en qualité de directeur de la structure, procéder à une inscription à une formation en vue de la certification requise le cas échéant (article D.312-176-9 du CASF).
Forte d'une expérience de 18 ans aux fonctions de direction et titulaire d'un diplôme de niveau II. La prescription n°1 est levée.			
E.2	Bien qu'en cours de réalisation, 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 2	Finaliser la rédaction du nouveau projet d'établissement. S'assurer que celui-ci soit conforme aux dispositions des articles L. 311-8, D. 312-160 et D. 311-38 du CASF.
Le projet d'établissement 2024-2029 finalisé, est transmis, ainsi qu'une note de présentation et le support de présentation exposé au conseil de vie social du 18 novembre 2024 notamment. La prescription n°2 est levée.			
E.3	Le rapport d'activité et financier ne dispose pas du volet financier et de la démarche d'amélioration continue de la qualité contrairement aux dispositions des articles D.312-203 et R.314-232 du CASF.	Pre 3	Rédiger un rapport financier et d'activité annuel de l'EHPAD pour l'année N-1 comprenant notamment : <ul style="list-style-type: none"> - L'exécution budgétaire de l'exercice concerné, - L'activité et le fonctionnement des établissements et services, au regard notamment des objectifs de l'établissement, - L'affectation des résultats. - La démarche d'amélioration continue de la qualité menée par l'établissement (axes et déclinaison opérationnelle)
Le rapport annuel d'activité et financier 2023 est transmis, finalisé. La prescription n°3 est levée.			

E.4	Le temps de travail en équivalent temps plein du médecin coordonnateur est insuffisant ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF.	Pre 4	Se conformer à la réglementation pour le temps de MEDEC (0.6 ETP pour 92 places) en actionnant les leviers disponibles.	6 mois
L'impossibilité du MEDEC d'augmenter son temps de travail est toujours d'actualité. Une vacance de 0.35 ETP est objectivée dans l'organigramme. La prescription n°4 est maintenue.				
E.5	Le MEDEC n'est pas titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD, ou à défaut d'une attestation de formation continue. Cette situation contrevient aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	Pre 5	Inscrire au prochain recrutement le médecin coordonnateur à une formation lui permettant de disposer du niveau de qualification réglementairement prévu, s'il n'en dispose pas.	Au prochain recrutement
La prescription n°5 est maintenue.				
E.6	La mission de contrôle ne dispose pas d'éléments permettant de s'assurer que le rapport d'activité médicale (RAMA) 2023 a fait l'objet d'une présentation à la CCG conformément aux dispositions de l'article D.312-158-10° du CASF.	Pre 6	Mettre à l'ordre du jour la présentation du RAMA 2023 à la prochaine CCG ou transmettre des éléments de preuve attestant de sa présentation à la CCG.	6 mois
Le RAMA sera présenté à la prochaine CCG en 2025. La prescription n°6 est maintenue dans l'attente de la transmission du compte-rendu de la CCG durant laquelle le RAMA sera présenté, pour une consultation des membres.				
E.7	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, contrairement aux dispositions de l'article D.312-203 CASF.	Pre 7	Créer et mettre en place un plan d'actions, ainsi que la procédure de suivi de celui-ci.	3 mois
La trame de la cartographie des risques est transmise pour une complétude prévisionnelle au mois de février 2025. Dans l'attente, l'écart n°7 est maintenue.				

E.8	Des agents [2 ASL] non diplômés dispensent des soins de jour aux résidents (glissement de tâches), contrevenant aux dispositions de l'article L.312-1 II du CASF.	Pre 8	<p>Apporter des éléments de preuve quant à une validation des acquis d'expérience en cours pour les agents, ou une inscription dans un cursus diplômant.</p> <p>A défaut, les inscrire dans une formation diplômante dans une programmation pluriannuelle.</p>	1 mois 6 mois
<p>S'agissant de Mme M. T., elle dispose d'une autorisation d'exercer la profession d'aide-soignant délivrée par la direction régionale de l'économie, de l'emploi et du travail et des solidarités depuis le 24 mai 2024, postérieurement au contrôle.</p> <p>S'agissant de Mme M. P., la pérennisation du poste occupée est conditionnée à la validation obligatoire d'un diplôme d'aide-soignant qui est stipulée dans un avenant au contrat à compter du 1^{er} octobre 2024. La formation est prise en charge par l'établissement. Le plan de formation 2025 prévoit une inscription à l'IFAS en septembre 2025.</p> <p>La prescription n°8 est maintenue dans l'attente de la validation de la formation de Mme M. P.</p>				
E.9	Sur 20 médecins libéraux, seule une convention est transmise ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer que l'ensemble des médecins libéraux ont signé une convention comme le prévoient les dispositions de l'article L.314-12 du CASF.	Pre 9	Transmettre la liste exhaustive des conventions signées auprès des médecins libéraux, à défaut conventionner avec ces derniers.	3 mois
<p>La prescription n°9 est maintenue dans l'attente de la signature des conventions concernées. La demande a été partagée à la commission de coordination gériatrique le 14/10/2024.</p>				

Recommendations				
Remarque (référence)		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R.1	L'établissement possède une autorisation pour 11 lits d'UVP or 12 lits sont installés.	Rec 1	Se conformer à l'autorisation ARS n°2019-3350 DS n°2019-DS-32216 du 19 novembre 2019.	6 mois
<p>La recommandation n°1 est levée. La composition de l'UVP est la suivante : 11 lits d'hébergement permanent et 1 lit d'hébergement temporaire, soit 12 lits d'UVP. Le restant du capacitaire est de 81 lits d'hébergement permanent, 2 lits d'hébergement temporaire et 8 places d'accueil de jour.</p>				
R.2	La CCG est constituée mais elle ne fait pas l'objet de comptes rendus pour diffusion.	Rec 2	Rédiger systématiquement un compte rendu pour chaque commission de coordination gériatrique, et le diffuser à l'ensemble des personnes invitées.	Pour la prochaine CCG
<p>La CCG du 17/10/2024 a fait l'objet d'une invitation avec la fixation d'un ordre du jour, d'un power-point de présentation des sujets traités et d'une feuille d'émargement.</p> <p>La recommandation n°2 est levée. La mission encourage à retracer les échanges des membres de la CCG pour formaliser notamment leur avis sur les sujets évoqués.</p>				
R.3	Le règlement de fonctionnement ne mentionne pas l'accès à internet dans les chambres, prestation incluse dans le socle des prestations minimales obligatoires.	Rec 3	Mettre à jour le règlement de fonctionnement et/ou le contrat de séjour.	3 mois
<p>La recommandation n°3 est levée. Le règlement de fonctionnement est modifié en conséquence.</p>				
R.4	Le RAMA 2023 est en cours de finalisation.	Rec 4	Transmettre le RAMA 2023 finalisé (Signature conjointe par le MEDEC et la directrice)	3 mois
<p>Le RAMA 2023 est transmis, finalisé et signé. La recommandation n°4 est levée.</p>				
R.5	Le RAMA reste succinct au regard de ce qui est attendu (analyse des prises en charge réalisées, évolution de l'état de santé des résidents, organisation RH interne, bonnes pratiques en place, projet soignant...).	Rec 5	Présenter une maquette de RAMA 2024 en conséquence afin qu'il remplisse sa mission d'amélioration des soins en lien avec l'équipe soignante.	6 mois
<p>L'établissement prévoit de travailler la maquette du RAMA 2024 au 1er trimestre 2025. La recommandation n°5 est donc maintenue.</p>				

R.6	La mission de contrôle ne dispose pas d'éléments sur les formations de l'IDEC liées au secteur d'activités dans lequel elle exerce.	Rec 6	Transmettre les attestations de formation depuis la prise de poste en lien avec l'environnement professionnel et le métier d'IDEC.	1 mois
Le diplôme de cadre de santé de l'IDEC est transmis ainsi les justificatifs des autres formations suivies. La recommandation n°6 est levée.				
R.7	La notification de changement de personnel référent au sein de l'EHPAD n'est pas transmise à la suite du départ de Mme B.L.	Rec 7	Transmettre la notification comme prévu à l'article 7 de la convention.	1 mois
La notification de changement de personne référente Pharmacie est transmise. La recommandation n°7 est levée.				
R.8	La mission de contrôle ne dispose pas des retours d'expérience (RETEX) réalisés à la suite de dysfonctionnements ou des événements indésirables, alors qu'un EIGS est déclaré au cours du second trimestre 2024.	Rec 8	Acculturer la démarche de RETEX en tant que bonnes pratiques dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge et transmettre les trois derniers RETEX.	3 mois
Le compte-rendu du comité de retour d'expérience (CREX) du 10/07/2024 est transmis, comme thème : l'inondation du 17/05/2024. La recommandation n°8 est levée. La mission encourage à poursuivre la démarche de RETEX.				
R.9	L'amplitude des horaires réalisés par les infirmières est supérieure à 12 heures.	Rec 9	Mener une réflexion concertée sur les horaires appliqués au sein de l'établissement pour être en conformité avec la règlementation en vigueur	3 mois
Le temps de travail de l'IDE est organisé avec trois temps de pause de 20 min, soit 1 heure pendant la plage de présence entre 7 heures et 20 heures. Cette organisation de travail consensuelle a fait l'objet d'échanges et de validation auprès du comité social économique de l'EHPAD, notifiée dans le procès-verbal du 13/02/2020. La recommandation n°9 est levée.				
R.10	La mission ne dispose pas suffisamment d'éléments pour s'assurer que le personnel AS (7 AS au mois de mars 2024) intervenant au sein de l'UVP soit formé à la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'un trouble apparenté	Rec 10	Préciser les formations réalisées par le personnel concerné en lien avec le développement de compétences relatives à la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'un trouble apparenté. En l'absence de formation dédiée, mettre en place un programme de formation adaptée.	1 mois 6 mois
Les plans de formation réalisés de 2019 à 2024 sont transmis. Le personnel de l'UVP bénéficie de formations pour une prise en charge adaptée des résidents au sein de l'UVP, notamment celle Montessori, PASA ou les situations de stress en 2024. La recommandation n°10 est levée.				

R. 11	Le dimanche 17 mars 2024, l'AS prévu de 13 :40 à 21 :00 au sein de l'UVP est absente pour raison de maladie sans remplacement prévu dans le planning ce qui ne permet pas de garantir à la mission l'assurance d'une prise en charge optimale.	Rec 11	Préciser l'organisation dégradée mise en place pour ce cas de figure si aucun recours à l'intérim AS n'eut été employé.	1 mois
L'EHPAD dispose d'une procédure intitulée « <i>Fonctionnement en mode dégradée</i> » mise à jour récemment le 18/03/2024. Elle précise l'organisation en cas d'absence d'AS en poste d'après-midi. Son application est confirmée par l'établissement le jour concerné. La recommandation n°11 est levée.				
R.12	Il n'y a pas de personnel positionné au sein de l'UVP la nuit.	Rec 12	En l'absence de personnel dédié, à défaut, prévoir le point de garde (point de rencontre des veilleurs) au niveau de l'UVP.	3 mois
Le point de rencontre des veilleurs de nuit dispose d'équipement optimal pour la surveillance des résidents en UVP (cf. photos et plan). La recommandation n°12 est levée.				
R.13	Bien que des justificatifs de formation 2023 soient transmis, l'établissement ne dispose pas de plan de formation structuré (ni prévisionnel, ni réalisé).	Rec 13	Recenser les besoins en formation des personnels de l'EHPAD, et établir un plan prévisionnel de formation, puis un plan des formations effectuées.	3 mois
Un outil de programmation des formations prévisionnelles et réalisées 2024 sous format Excel est transmis. Il contient des informations exhaustives. La recommandation n°13 est levée.				
R.14	Deux conventions ne comportent pas de signature, donc non valides.	Rec 14	Dater les conventions concernées et les transmettre aux co-contractants.	3 mois
La révision des conventions est prévue prochainement. La recommandation n°14 est maintenue.				