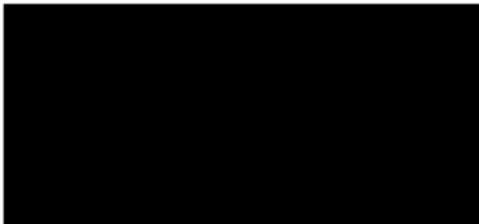


**Direction Inspection, Contrôle et Evaluation**



Monsieur BUZON  
Directeur des EHPAD de Diaconesses  
EHPAD « Bethlehem »  
15 route d'Oberhausbergen  
67200 Strasbourg

Nancy, le 7 février 2024

**Objet : Décision suite au contrôle sur pièces**

Monsieur,

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

Je vous ai transmis le 29/11/2023 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 22/12/2023.

J'ai pris note de vos questions et remarques s'agissant des difficultés de recrutement que vous pouvez rencontrer.

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.5, Pre.7 et Pre.9** sont **levées**.

Les prescriptions **Pre.1 à 4, 6, 8 et 10** sont **maintenues**, jusqu'à la transmission des documents probants dans les délais précisés ci-dessous.

**II. Recommandations**

Les recommandations **Rec.2, 6, 8, 9, 11, 13 et 14** sont **levées**.

Les recommandations **Rec.1, 3, 4, 5, 7, 10 et 12.** sont **maintenues**. La demande de report du délai de mise en œuvre au 01/03/2024 de la **Rec.1** est acceptée.

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 Bas Rhin Pôle Autonomie

Cité Administrative GAUJOT

14 rue du Maréchal Juin

67084 STRASBOURG CEDEX

Je vous prie d'agréer, Monsieur, 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 :**

- **EMS :** [REDACTED]
- 
- **ARS Grand Est :**
  - o DA
  - o DT67

## Annexe 1

### **Tableau récapitulatif des prescriptions et recommandations définitivement maintenues en lien avec les constats déclinés en écarts et en remarques.**

<b>Prescriptions</b>				
<b>Ecart (référence)</b>		<b>Libellé de la prescription</b>		<b>Délai de mise en œuvre</b>
<b>E.1</b>	Le responsable de l'EHPAD n'est pas titulaire d'une certification de niveau 1 et il n'est pas précisé le niveau de certification requis pour le directeur de l'EHPAD, au regard des articles D.312-176-6 (niveau 1), D.312-176-7 (niveau 2) et D.312-176-8 (niveau 3) du CASF.	<b>Pré 1</b>	Justifier le niveau de certification requis pour le directeur de l'EHPAD (niveau 1*, niveau 2 ou niveau 3) et, si nécessaire, l'inscrire dans une formation lui permettant d'obtenir les qualifications requises ( diplôme de niveau 1, de niveau 2 ou de niveau 3 en fonction).  *voir article D.312-176-6 du CASF: niveau 1 si l'EHPAD répond à deux des trois seuils fixés à l'article R612-1 du code de commerce: 50 salariés, 3,1 millions d'euros de chiffre d'affaires et 1,55 million d'euros pour le total du bilan, sur au moins trois exercices clos consécutifs.	<u>1 mois</u>
<b>E.2</b>	Le tableau de délégation n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 312-176-5 du CASF	<b>Pré 2</b>	Rédiger un document répondant aux exigences réglementaires conformément à l'article D. 312-176-5 du CASF"	<u>1 mois</u>  <i>Le tableau n'identifie ni le déléguant ni le déléataire et ne comporte pas de date.</i>
<b>E.3</b>	Le projet d'établissement est caduc et ne comprend pas de « 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).	<b>Pré 3</b>	Rédiger un nouveau projet d'établissement en prenant en compte les impératifs de l'article L.311-8 CASF (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).	<u>6 mois</u>
<b>E.4</b>	Le temps de travail en équivalent temps plein du médecin coordonnateur contrevient aux dispositions de l'article D. 312 -156 du CASF.	<b>Pré 4</b>	Réviser le temps de travail du médecin coordonnateur, afin de l'adapter au nombre de résidents de l'établissement.	<u>3 mois</u>

<b>E.5</b>	Il n'existe pas de convention avec les intervenants libéraux intervenant auprès des résidents contrairement à l'article L314-12 du CASF.	<b>Pré.5</b>	Formaliser les conventions et s'assurer de la signature des intervenants libéraux concernés .	<i>Prescription levée. Conventions kinésithérapeutes, et médecins libéraux transmises</i>
<b>E.6</b>	Le rapport d'activité médicale de l'année 2022 n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-158-10° du CASF.	<b>Pré.6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Revoir le RAMA en conséquence afin qu'il remplisse sa mission d'amélioration et de suivi des soins.</li> <li>➤ Signer conjointement le rapport (médecin coordonnateur/ direction)</li> <li>➤ Soumettre le rapport d'activité médicale à l'avis de la commission de coordination gériatrique ;</li> </ul>	<u><i>RAMA 2023</i></u> <u><i>6 mois</i></u>
<b>E.7</b>	La procédure de déclarations d'évènements indésirables ne comporte pas d'information quant à la transmission des EIG à l'autorité administrative compétente, telle que mentionnée aux articles L.331-8-1 et R.331-8 et 9 du CASF	<b>Pré.7</b>	Transmettre une procédure de déclaration externe des dysfonctionnement graves et des EIGS	<i>Prescription levée. Précision dans procédure revue le 15/12/23</i>
<b>E.8</b>	Les dispositions combinées de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, des articles L.312-8 et D. 312-203 du CASF rendent obligatoire la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue au sein des EHPAD.	<b>Pré.8</b>	Veiller à la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue qui doit figurer dans le rapport annuel d'activité.	<u><i>Rapport annuel</i></u> <u><i>2023</i></u> <u><i>6 mois</i></u>
<b>E.9</b>	Le PASA ne dispose pas d'un ergothérapeute ou de psychomotricien contrairement aux dispositions de l'article D312-155-0-1 du CASF	<b>Pré.9</b>	Mettre en œuvre le recrutement d'un temps d'ergothérapeute ou de psychomotricien, ou en cas de mise œuvre, fournir des justificatifs de recherche.	<i>Prescription levée. Contrat signé le 24/07/2023</i>

<b>Remarque majeure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le pourcentage élevé d'ASL faisant fonction (43%) dont la qualification et l'expérience sont limitées.</li> <li>➤ En matinée le nombre d'AS présentes pour la toilette et le petit déjeuner alors que 94 % des résidents nécessitent une aide à la toilette (97 % d'entre eux souffrant d'incontinence) et 50% d'entre eux nécessitent une aide partielle ou totale pour les repas,</li> <li>➤ La présence de 3 AS la nuit pour 3 bâtiments soit 139 lits (dont une UVP de 13 lits) répartis sur 4 niveaux pour des résidents ayant un taux de dépendance de 67 % en GIR 1 et 2 (49 % ne peuvent se déplacer seuls) engendrent une fragilité dans la réponse aux besoins des résidents spécifiquement dans la prise en charge et la sécurité des résidents</li> </ul>	<b>Pré.10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rechercher des solutions permettant d'assurer une prise en charge sécurisée :</li> <li>➤ En organisant le recours à des ASL faisant fonction d'AS dans le cadre d'une planification adaptée</li> <li>➤ En s'assurant d'un nombre suffisant d'AS, notamment le matin, (2 postes d'AS sont déclarés vacants)</li> <li>➤ En s'assurant que le nombre de personnel de nuit est suffisant pour répondre à l'ensemble des besoins des résidents</li> </ul> <p>Transmettre à l'ARS les mesures envisagées pour pallier les absences, ainsi que les procédures dégradées afférentes.</p>	<u>1 mois</u>
-------------------------	--	---------------	---	---------------

Recommandations				
Remarque (référence)		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
<b>R.1</b>	L'organigramme ne fait pas référence à l'ensemble des catégories de personnels de l'EHPAD. Par ailleurs, il n'est pas daté	<b>Rec. 1</b>	Réaliser un organigramme détaillé de l'ensemble du personnel précisant les liens hiérarchiques et fonctionnels et veiller à mentionner une date de mise à jour.	<u>Report au 01/03/2024</u>
<b>R.2</b>	Les informations et les documents transmis ne sont pas concordants.	<b>Rec. 2</b>	Fournir les comptes rendus du comité de direction ou d'instance en tenant lieu	<i>Recommandation levée</i> <i>Un compte rendu a été fourni</i>
<b>R.3</b>	Le rapport annuel d'activité n'est pas signé.	<b>Rec. 3</b>	Procéder à la signature.	<u>Rapport annuel 2023</u> <u>6 mois</u>
<b>R.4</b>	Les médecins libéraux généralistes et spécialistes intervenant en télémédecine ne sont pas présents à la commission de coordination gériatrique.	<b>Rec. 4</b>	Inviter systématiquement l'ensemble des professionnels de santé libéraux intervenants dans l'établissement, à la commission gériatrique, conformément à l'arrêté du 5 Septembre 2011 (articles 1 et 2)	<u>Prochaine CCG</u>

<b>R.5</b>	Le règlement de fonctionnement n'est pas signé et sa mise à disposition à l'accueil ne précise pas s'il l'est par voie d'affichage comme prévu au R 311-34 du CASF..	<b>Rec. 5</b>	Procéder à la signature et s'assurer de son affichage	<u>Jusqu'à production du compte rendu du CVS actant la mise à jour</u>
<b>R.6</b>	Le règlement de fonctionnement annonce un tarif partiel pour la prise en charge, en contradiction avec le tarif global avec PUI qui est pratiqué.	<b>Rec. 6</b>	Mettre à jour le règlement de fonctionnement avec le tarif pratiqué	<i>Recommandation levée</i> <i>Document mis à jour</i>
<b>R.7</b>	Le temps de travail du médecin coordonnateur, également médecin traitant de 120 résidents(60 résidents à Bethlehem et 60 à l'EHPAD des 4 Vents) déclaré par l'établissement diffère selon les documents (4 jours ou 3 jours).	<b>Rec. 7</b>	<p>➤Préciser le temps du médecin coordonnateur et s'assurer que les temps de présence du médecin au niveau de la coordination sont identifiés et différenciés.</p> <p>➤ Organiser le temps médical de manière à s'assurer qu'il est suffisant tant pour la coordination que pour le suivi des résidents en qualité de médecin traitant.</p>	<u>6 mois</u>
<b>R.8</b>	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas de formation d'encadrement spécifique.	<b>Rec. 8</b>	Inscrire l'IDEC à une formation d'encadrement dans les meilleurs délais.	<i>Recommandation levée</i> <i>Transmission du diplôme de coordonnateur en structure médico-sociale</i>
<b>R.9</b>	Bien que disposant d'une procédure relative à la gestion des EI/EIG, cette dernière n'aborde pas le traitement et le suivi des EI/EIG interne ni l'information du personnel.	<b>Rec. 9</b>	Mettre en place une démarche formalisée de déclaration des EI/EIG intégrant une description du traitement interne et un retour d'information au personnel	<i>Recommandation levée</i> <i>Procédure revue le 15/12/23</i>
<b>R.10</b>	Les EI sont en constante évolution depuis 2020 : 20 en 2020 puis 30 en 2021 et 37 en 2022 (soit 87 % entre 2020 et 2022).	<b>Rec. 10</b>	Analyser la typologie des EI et leurs causes afin de mettre en œuvre des actions correctives.	<u>3 mois</u>

<b>R.11</b>	Il n'a pas été présenté de procédure de traitement des réclamations autre que la FSEI (événements indésirables). Cette procédure ne prévoit pas l'information des résidents et de leur famille concernant le suivi. De ce fait, ces derniers ne sont pas en mesure d'effectuer les recours adaptés.	<b>Rec. 11</b>	Mettre en œuvre une procédure formalisée de suivi et de communication du traitement des réclamations pour les résidents et leurs familles et les informer des recours possibles	<i>Recommandation levée</i>  <i>Procédure revue le 15/12/23</i>
<b>R.12</b>	L'établissement ne procède pas à l'analyse approfondie via la démarche de retour d'expérience	<b>Rec. 12</b>	Organiser des RETEX afin d'éviter que des évènements indésirables ne se reproduisent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.	<i>3 mois</i>
<b>R.13</b>	Les éléments fournis ne permettent pas d'identifier le personnel présent au sein de l'unité de vie protégée (UVP).	<b>Rec. 13</b>	Clarifier le planning afin que le personnel dédié à l'UVP apparaisse clairement (fonction, temps de travail)	<i>Recommandation levée.</i> <i>L'UVP est au 4<sup>ème</sup> étage du bâtiment BETHANIE .</i>
<b>R.14</b>	Les conventions établies depuis l'intégration à l'Association des Diaconesses au 1er juillet 2019 ne sont plus valides dans la mesure où l'ESMS a changé de direction.	<b>Rec. 14</b>	Mettre à jour les conventions au nom de l'Association des Diaconesses et les faire signer.	<i>Recommandation levée.</i> <i>Transmission des documents</i>