

## Direction Générale

**Service émetteur :**  
Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

**Affaire suivie par :**  
[REDACTED]

**Courriel :**  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Monsieur Thomas TALEC  
Directeur Centre Hospitalier  
Intercommunal Nord Ardennes  
45 avenue de Manchester  
BP10900  
08 011 CHARLEVILLE-MEZIERES  
CEDEX

**Objet : Décision administrative, suite à inspection à l'EHPAD La Petite Venise à SEDAN**

**P. J. :** 1 tableau des prescriptions et recommandations

Nous avons diligenté, le 13 janvier 2023, une inspection à l'EHPAD La Petite Venise à SEDAN, géré par le Centre Hospitalier Intercommunal Nord Ardennes (CHINA).

Nous vous avons transmis le 07 août 2023 le rapport d'inspection et les décisions que nous envisagions de prendre.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons demandé de nous présenter, dans le délai d'un mois, vos observations sur les mesures correctives envisagées.  
Nous avons réceptionné votre réponse en date du 27 septembre 2023.

Après avoir étudié vos observations et pris en compte les actions d'ores et déjà mises en œuvre, qui ont permis de lever certaines prescriptions, recommandations, nous vous notifions la présente décision.

### Prescriptions

La prescription n° 2 est levée.

Les prescriptions n°1, 3, 4, 5, 6 et 7 maintenues sous réserve de la production des éléments et pièces justificatives.

- Prescription n° 1 : le document fourni est un outil méthodologique mais pas le projet d'établissement de l'EHPAD
- Prescription n° 3 : en attente de la production du compte-rendu de la CVS du 17/11/2023
- Prescription n° 4 : en attente de la production du compte-rendu de la commission gériatrique prévue le 30/11/2023
- Prescription n° 5 : en attente du recrutement d'un médecin coordonnateur
- Prescription n° 6 : en attente de la production du listing des ASH ayant suivis la formation telle que prévue par la circulaire et l'instruction de 2021
- Prescription n° 7 : en attente de la production du listing de tous les PAP de tous les résidents.

### Recommandations

Les recommandations n° 3, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 15 et 21 sont levées.

Les recommandations n° 1, 2, 5, 8, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20 sont maintenues sous réserve de la production des pièces et justificatifs concernant les points non validés.

Les recommandations n° 1, 2, 5, 8, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20 sont maintenues sous réserve de la production des pièces et justificatifs concernant les points non validés.

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures retenues dans le tableau en annexe.

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](http://www.telerecours.fr).

Vous adresserez, dans les délais mentionnés après réception du présent courrier, les éléments justificatifs des mesures mises en œuvre et demandées à :

**Délégation Territoriale des Ardennes  
18 avenue François Mitterrand,  
CS90717  
08013 Charleville-Mézières Cedex**

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de notre considération distinguée.

La Directrice Générale  
De l'Agence Régionale de Santé Grand Est

Le Président du Conseil Départemental  
des Ardennes

Virginie CAYRE

Signé électroniquement,  
par : Virginie CAYRE  
Date de signature :  
27/11/2023  
Qualité : Directrice  
Générale

Noël BOURGEOIS

Noël BOURGEOIS

NOEL BOURGEOIS  
2023.11.16 07:17:17 +0100  
Ref:20231108\_121549\_1-5-O  
Signature numérique  
Le Président du Conseil Départemental

**Copie :**

**ARS Grand Est :** Délégation Territoriale des Ardennes  
Direction de l'Autonomie

**Conseil Départemental des Ardennes**

**TABLEAU RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES**

|     | <b>ECARTS</b>  |  | <b>DECISION</b>   |
|-----|--|--|---|
| E1  | Il n'y a pas de projet d'établissement conforme à l'art. L311-8C et D311-38 du CASF  | Le projet médico-social présenté est un outil méthodologique et non un projet d'établissement  | Maintenue   |
| E2  | Le règlement de fonctionnement n'a pas été renouvelé depuis 2016 et n'est plus conforme à l'Art. R.311-33 du CASF.   | Règlement de fonctionnement mis à jour   | Levée   |
| E3  | Le nombre de réunion du CVS ne répond pas aux exigences de l'art. D311-16 CASF   | CR présentés : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 24/06/2022 concerne l'EHPAD LPV</li> <li>- Les 2 autres CR concernent l'EHPAD de GLAIRE</li> <li>- La programmation du CVS 17/11/2023 concerne l'EHPAD Les peupliers</li> </ul> Affichage respecté | Maintenue en attente de la production du CR des CVS 2023 pour LPV       |
| E 4 | Il n'y a pas de commission gériatrique conforme à l'art.312-158 du CASF  | Commission gériatrique constituée et prochaine réunion le 17/11/2023   | Maintenue en attente de la production du CR de la réunion du 17/11/2023 |
| E 5 | L'article D. 312-156 du code de l'action sociale et des familles, dispose que : « Tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 312-1 doit se doter d'un médecin coordonnateur ».  | Profil de poste fourni mais pas de recrutement effectué  | Maintenue en attente du recrutement d'un MEDEC                          |
| E 6 | Le fait d'utiliser des ASH comme AS, sans réelle formation constitue un glissement de tâche ou de fonction par manque de formation et / ou de diplôme tels que prévus par l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles qui disposent que les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° et au 17° sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. | Production d'une fiche de poste ASH soins : bac pro ASSP, AVS et BEP SS ne sont pas équivalents au DEAS.<br>La formation continue proposée par IFOSEP n'est pas conforme à l'instruction 2021 (5 jours et non 10 jours)                                    | Maintenue en attente du listing des ASH ayant suivis la formation       |
| E 7 | Il n'y a pas de projet de vie pour tous les résidents et les mises à jour ne sont pas respectées conformément à la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.   | Tableau de suivi de réactualisation des PAP par résident<br>Protocole EASILY pour le recueil de données pour le PAP  | Maintenue en attente du listing de tous les PAP de tous les résidents   |

|      | REMARQUES  |   | DECISION   |
|------|--|---|--|
| R 1  | Le rattachement administratif au CHINA entraîne une dépendance contrainte pour mettre en œuvre une réactivité des professionnels et assurer des prestations de qualité aux résidents.                | Argumentation sur l'intérêt de disposer des compétences spécifiques des directions fonctionnelles, notamment en terme de commande, livraison et qualité de prestation, ainsi que les autres fonctions support nécessaires.<br><br>Intérêt de la mutualisation des gardes administratives, cadre H24<br><br>Publication pour le recrutement d'un directeur D3S | Maintenue en attente du recrutement d'un directeur   |
| R 2  | La direction effective de l'EHPAD reste très à distance du site tout en étant dans un environnement très proche (parking à traverser)  | Demande de publication de poste   | Maintenue en attente du recrutement d'un directeur   |
| R 3  | Il n'y a pas d'organigramme spécifique à l'EHPAD de SEDAN.   | Organigramme CHINA de direction   | Levée  |
| R 4  | Le contrat de séjour est ancien, 05/06/2015.   | Contrat de séjour actualisé   | Levée  |
| R 5  | Le local poubelle n'est pas fermé à clé.   | Photo local notée mais non fournie  | Maintenue en attente de la photo                     |
| R 6  | Il n'y a pas de local dédié aux DASRI dans les étages.   | Local DASRI dans les étages supprimés   | Levée  |
| R 7  | Il n'y a pas de local dédié au stockage du matériel nécessaire pour le Plan Bleu.  | Local Plan bleu situé au 2 <sup>ème</sup> étage   | Levée  |
| R 8  | La signalétique des différents locaux de stockage ainsi que celle des placards est à revoir.   | Réorganisation en cours   | Maintenue en attente de la réorganisation définitive |
| R 9  | L'équipe d'inspection a noté un manque d'hygiène dans les locaux, des locaux ni rangés ni dédiés à un usage particulier, des couloirs encombrés par du matériel plus ou moins usagé ou plus utilisé. | Nettoyage des locaux et rangement photos à l'appui  | Levée  |
| R 10 | La surveillance des résidents, en particulier à l'Unité Alzheimer, n'est pas satisfaisante en raison de l'affichage sur les vitres de séparation.  | Affiches retirées. Photos non fournies  | Maintenue en attente des photos                      |
| R 11 | La gestion des stocks, alimentaires, produits ménagers, protection, n'est pas formalisée, organisée et supervisée par  | Organisation dans logiciel  | Levée  |

|      |   |   |  |
|------|---|---|--|
|      | l'encadrement.  |   |  |
| R 12 | Les EHPAD ne bénéficient pas d'un plan de formation spécifique alors que les besoins, notamment en gestion de la violence, prise en charge Alzheimer,..., sont particuliers à l'établissement.                                      | Plan de formation intégré dans le plan du CHINA   | Levée  |
| R 13 | La nutrition et le dépistage de la dénutrition, ainsi que la lutte contre la déshydratation ne font pas l'objet d'un protocole spécifique.  | Documents fournis pour la dénutrition<br>Pas de document concernant la déshydratation   | Maintenue en attente du protocole de déshydratation                            |
| R 14 | La gestion des chutes n'est pas organisée, l'analyse des situations de chute ne fait pas l'objet d'un temps de travail sur les pratiques professionnelles.  | Flyer prévention des chutes   | Maintenue en attente d'analyse des situations de chutes                        |
| R 15 | Les soignants ne font pas référence aux protocoles en place.  | Planification de réunion qualité  | Levée  |
| R 16 | Le projet de soins n'est pas mis au cœur du dispositif de soins et ne permet pas de visualiser en temps réel l'état de la personne.   | Non fourni<br>Transmission du recueil de donnée pour PAP  | Maintenue  |
| R 17 | Le stock démesuré de la pharmacie ne permet pas un contrôle effectif des dates de péremption.   | Transmission fiche de poste AS et IDE.<br>La prise en charge, le contrôle du circuit du médicament n'est pas spécifié dans la fiche de poste IDE.<br>Dotation réévaluée prochainement par le référent PUI | Maintenue en attente de la révision effective du stock de dispositifs médicaux |
| R 18 | Le circuit du médicament n'est pas suffisamment sécurisé lors de la distribution par les AS.  | La distribution des médicaments ne figure pas dans la fiche de poste AS. Cependant, il a bien été signalé que les AS participaient à la distribution des médicaments                                      | Maintenue en attente de la sécurisation de la PECM                             |
| R 19 | La fonction de coordination n'est pas exercée à temps complet malgré l'effectif soignant et logistique, le nombre de résidents et l'organisation des soins avec deux unités conséquentes comme l'Unité Alzheimer et la partie EHPAD | Tableau des effectifs et plan de formation des agents.<br>Pas de fiche de poste IDEC  | Maintenue  |
| R 20 | La gestion de la violence n'est pas prise en compte par l'encadrement ce qui ne permet pas une prise en charge adaptée et sûre pour les résidents.  | Plan de formation 2020 fourni. Un seul agent a bénéficié en 2022 d'une action de formation sur la violence  | Maintenue  |
| R 21 | Le personnel n'est pas sensibilisé à la gestion de crise, faute de formation mais aussi de réflexion d'équipe.  | Argumentation fournie sur la connaissance de la gestion de crise par les agents suite à la crise COVID. Des formations sont organisées.   | Levée  |