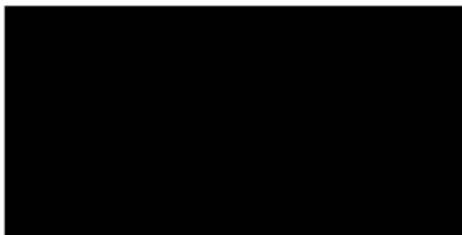


**Direction Inspection, Contrôle et Evaluation**



Monsieur Arnaud LOUIS, Directeur de  
l'EHPAD La Grande Terre et Les Pâquis  
Résidence La Grande Terre  
2, rue de la Grande Terre  
08 000 Charleville-Mézières

Résidence Les Pâquis  
86, rue des Pâquis  
08 000 Charleville-Mézières

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 04/12/2023 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 02/01/2024.

Après avoir étudié vos observations et pris en compte les actions mises en œuvre, je vous notifie la présente décision.

**I. Prescriptions**

La prescription **Pre.1** est levée.

Les prescriptions **Pre.2, 3, 5, 6, 7, 8, 9 et 10** sont **maintenues**.

La prescription **Pre.4** est **maintenue mais le délai est porté** de 1 mois à **6 mois** pour permettre de réunir la commission de coordination gériatrique en 2024 et d'en transmettre le compte-rendu.

**II. Recommandations**

Les recommandations **Rec.2, 9 et 11** sont levées.

Les recommandations **Rec.1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 10** 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 des Ardennes – Pôle Offre de soins et Autonomie** (ars-grandest-dt08-delegate@ars.sante.fr).

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 GUET

**Copies :**

- EMS : [REDACTED]
- ARS Grand Est :
  - o DA
  - o DT08

## 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
<b>E.1</b>	Le directeur n'a pas transmis une certification de niveau I ni de niveau II, ce qui contrevient aux articles D. 312-176-10, D. 312-176-6 (niveau I), D. 312-176-7 (niveau II) du CASF.	<b>Pre 1</b>	Communiquer le diplôme requis ou inscrire le directeur dans une formation lui permettant d'obtenir les qualifications requises (diplôme de niveau I* ou de niveau II en fonction).  <i>*voir article D.312-176-6 du CASF: niveau I 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.</i>	<b>Prescription levée</b>  L'établissement a transmis une attestation de validation du diplôme de Master 2 « Management Organisations du secteur sanitaire et social » au titre de l'année universitaire 2020/2021
<b>E.2</b>	Le projet d'établissement ne définit pas ses objectifs et ses modalités d'organisation et de fonctionnement, il ne mentionne pas de consultation du conseil de la vie sociale, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	<b>Pre 2</b>	Rédiger un nouveau projet d'établissement fixant notamment ses objectifs, ses modalités d'organisation et de fonctionnement et le soumettre à la consultation du conseil de la vie sociale, conformément à l'article L. 311-8 du CASF.	<b>Prescription maintenue</b>  L'établissement a transmis une feuille de route détaillant la méthodologie d'élaboration du projet d'établissement du pôle gériatrique  <b>6 mois</b>
<b>E.3</b>	L'établissement n'a pas réalisé de rapport financier et d'activité pour l'année 2022, contrairement aux dispositions de l'article R. 314-232 du CASF.	<b>Pre 3</b>	Réaliser le rapport financier et d'activité de l'année 2023.	<b>Prescription maintenue</b>  L'établissement précise que le rapport financier et d'activité 2023 sera transmis dans les délais.  <b>3 mois</b>

<b>E.4</b>	La commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° du CASF et l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique.	<b>Pre 4</b>	Transmettre le CR de la première commission de coordination gériatrique prévue le 02/10/2023. A défaut, mettre en place la commission de coordination gériatrique et la réunir <i>a minima</i> une fois par an, conformément l'article D .312-158, 3° du CASF et l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique.	<b>Prescription maintenue</b> L'établissement a transmis une lettre à destination des intervenants médicaux libéraux du 21/12/2023 indiquant la création de la commission de coordination gériatrique mais sans fixer la date de réunion en 2024. <b>6 mois</b>
<b>E.5</b>	Le CVS ne se réunit pas au moins trois fois par an, contrairement aux dispositions de l'article D .311-16 du CASF.	<b>Pre 5</b>	Inciter les représentants du CVS à se réunir au moins trois fois par an et faciliter matériellement la tenue de ces réunions.	<b>Prescription maintenue</b> Le compte-rendu du CVS du 18 octobre 2023 indique des élections en 2024 pour renouveler les membres et la tenue du CVS en mars, juin et octobre, sans toutefois fixer une date précise pour celle de mars. Le compte-rendu du 1 <sup>er</sup> CVS 2024 est attendu. <b>3 mois</b>
<b>E.6</b>	Le règlement de fonctionnement n'est pas établi après consultation du CVS, contrairement aux dispositions de l'article L .311-7 du CASF.	<b>Pre 6</b>	Inscrire à l'ordre du jour du prochain CVS la consultation sur le règlement de fonctionnement.	<b>Prescription maintenue</b> L'établissement indique que le règlement de fonctionnement sera présenté au vote du CVS et au conseil d'administration du CCAS de mars 2024. <b>6 mois</b>

<b>E.7</b>	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur à hauteur de 0,80 ETP, contrairement aux dispositions des articles D. 312-155-0 II et D. 312-156 du CASF.	<b>Pre 7</b>	Recruter un médecin coordonnateur à hauteur de 0,80 ETP et indiquer les actions mises en œuvre pour permettre ce recrutement.	<b>Prescription maintenue</b> L'établissement a publié une annonce le 28/12/2023 pour le recrutement d'un médecin à hauteur de 0,8 ETP pour une prise de poste au 01/03/2024. Dans l'attente, un contrat de vacation a été signé le 01/04/2023 avec un médecin pour exercer des missions relatives à la qualité de la prise en charge. Un contrat de vacation a également été signé le 13/11/2023 avec un médecin pour les évaluations PATHOS/GMP. Des contacts ont été pris avec des médecins ardennais, pour l'instant sans succès. <b>6 mois</b>
<b>E.8</b>	Il n'est pas établi de rapport d'activité médicale annuel, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-155-3 9° du CASF.	<b>Pre 8</b>	Rédiger le rapport d'activité médical annuel 2023, après recrutement du médecin coordonnateur	<b>Prescription maintenue</b> <b>9 mois</b>
<b>E.9</b>	Des postes d'aides-soignants, qui nécessitent d'être diplômés, sont occupés par des agents de soins. De même, en raison du manque d'IDE, des AMP, ASG et AS viennent en renfort des IDE, en contradiction avec les dispositions de l'article L. 312-1 II du CASF.	<b>Pre 9</b>	Inscrire les agents de soins dans un parcours de formation pour obtenir le diplôme d'aide-soignant et préciser les missions des renforts IDE qui ne doivent pas être des soins médicaux, sinon les remplacer dans le planning par des IDE.	<b>Prescription maintenue</b> L'établissement s'inscrit dans une démarche de formation de ses agents. 5 sont en cours de VAE AS mais 3 restent non diplômés. Des recrutements d'IDE sont en cours, 1 AS restera néanmoins encore en missions de soutien aux IDE. <b>6 mois</b>

<b>E.10</b>	<p>L'établissement n'a pas formalisé de conventions avec les intervenants libéraux, y compris les médecins libéraux, ni avec un hôpital de proximité, afin de bénéficier d'interventions de structures d'hospitalisation à domicile, d'équipes mobile de soins palliatifs ou d'autres appuis utiles, en contradiction avec les dispositions des articles L. 314-12 et D.312-155-0 du CASF.</p>	<b>Pre 10</b>	<p>Formaliser les conventions et les proposer à la signature des intervenants libéraux concernés et formaliser une convention avec un hôpital de proximité afin de permettre d'assurer la continuité des soins des résidents.</p>	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p>Depuis le contrôle, l'établissement a signé plusieurs conventions, notamment avec le GHT et des kinésithérapeutes libéraux.</p> <p>Un conventionnement est en cours avec le service d'hospitalisation à domicile. Des conventions sont proposées aux médecins libéraux mais qui n'y sont pas favorables. Un bilan des conventions signées sera adressé en juin 2024. Il est demandé d'y joindre les conventions signées avec les médicaux et les paramédicaux.</p> <p><b>6 mois</b></p>
-------------	--	---------------	---	---

Recommandations				
Remarque (référence)		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
<b>R.1</b>	La fonction de direction n'est pas stabilisée avec un turn over important.	<b>Rec 1</b>	Stabiliser la fonction de direction en : - identifiant les motifs du turn-over et en proposant des actions correctives - transmettant le rapport d'étonnement réalisé par le nouveau directeur.	<b>Recommandation maintenue</b> Un historique des directeurs a été transmis confirmant le turn over important avec 3 directeurs depuis le 01/01/2017 mais sans analyse. <b>1 mois</b>
<b>R.2</b>	L'organigramme n'est pas daté, il n'est pas à jour et il est partiellement nominatif.	<b>Rec 2</b>	Mettre à jour, dater et compléter les noms des agents l'organigramme.	<b>Recommandation levée</b> L'organigramme a été mis à jour au 19/12/2023 et complété du nom de tous les agents.
<b>R.3</b>	Le règlement de fonctionnement ne mentionne pas que le blanchissage et le marquage du linge du résident, ainsi que l'accès à internet dans les chambres sont inclus dans le socle des prestations minimales obligatoires.	<b>Rec 3</b>	Mettre à jour le règlement de fonctionnement pour tenir compte de l'évolution du socle des prestations minimales obligatoires sur le blanchissage et le marquage du linge du résident et sur l'accès à internet dans les chambres.	<b>Recommandation maintenue</b> Le règlement de fonctionnement qui sera présenté au vote du CVS et au conseil d'administration de mars 2024 va intégrer les prestations minimales. <b>3 mois</b>

<b>R.4</b>	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas de formation d'encadrement spécifique.	<b>Rec 4</b>	Inscrire l'infirmière coordinatrice dans une formation d'encadrement.	<p><b>Recommandation maintenue</b></p> <p>Une formation va lui être proposée en 2024 sur les techniques de management, l'organisation des plannings et les techniques de management mais l'organisme de formation n'a pas encore été retenu et l'agent n'a pas été inscrit à une formation. La formation retenue, la fiche d'inscription et les dates de formation sont à transmettre.</p> <p><b>3 mois</b></p>
<b>R.5</b>	Il n'existe pas de procédure de gestion et de traitement des réclamations et les protocoles ne détaillent pas la chaîne de décision et l'organisation interne pour les signalements d'EIG. L'outil de recueil des réclamations n'est pas mentionné.	<b>Rec 5</b>	Mettre en place une procédure de gestion et de traitement des réclamations. Rendre les protocoles plus opérationnels en précisant l'organisation interne et le suivi mis en place, et préciser comment l'outil de recueil des réclamations est utilisé.	<p><b>Recommandation maintenue</b></p> <p>Une procédure « Protocole de gestion d'une plainte ou réclamation » a été rédigée en décembre 2023. Elle prévoit la rédaction d'un bilan annuel. L'outil de recueil des réclamations n'est pas précis</p> <p>« enregistrement dans le registre de suivi (ou dans le module dédié du logiciel Qualité) ». Le protocole de signalement externe d'un EIG a été à nouveau transmis, complété par le formulaire de transmission aux autorités administratives. En revanche, il n'a pas été modifié pour détailler la chaîne de décision et l'organisation interne. Il convient de revoir le document.</p> <p>Pour s'assurer de la correcte mise en œuvre de la procédure, des bilans d'étape sont demandés pour l'année 2024 de manière trimestrielle.</p> <p><b>3 mois</b></p>



<b>R.6</b>	L'établissement n'assure pas le suivi des mesures correctives identifiées en cas de RETEX suite à un évènement indésirable grave .	<b>Rec 6</b>	Assortir chaque RETEX d'un plan d'actions pour suivre la mise en œuvre des mesures correctives identifiées.	<b>Recommandation maintenue</b> L'établissement indique qu'une démarche d'amélioration du suivi des mesures correctives suite aux évènements indésirables graves a été lancée en juin 2023 mais elle n'est pas formalisée. <b>3 mois</b>
<b>R.7</b>	L'établissement ne s'est pas engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.	<b>Rec 7</b>	Créer et mettre en place un plan d'actions, ainsi que la procédure de suivi de celui-ci.	<b>Recommandation maintenue</b> Des protocoles ont été créés en 2023 ainsi qu'une commission qualité se réunissant un jeudi sur 2. Le plan d'actions et la procédure de suivi restent à élaborer. <b>6 mois</b>
<b>R.8</b>	L'établissement fait appel à un nombre important d'intérimaires, pour pallier aux postes vacants d'IDE.	<b>Rec 8</b>	Pourvoir les postes d'IDE vacants en mobilisant différents leviers : recrutements, incitation des AS en poste à s'inscrire dans une formation professionnelle continue à l'IFSI...	<b>Recommandation maintenue</b> L'établissement est dans une démarche de recrutement avec des recrutements en cours devant porter à 4 le nombre d'infirmiers au 1 <sup>er</sup> février. Actuellement, une seule lettre de recrutement a été transmise et pour un contrat d'un an à temps plein. <b>6 mois</b>
<b>R.9</b>	Les taux de turn over et d'absentéisme AS/ASG/AMP/AES n'ont pas été transmis pour l'année 2022 ce qui ne permet pas de connaître le pilotage de l'absentéisme et des remplacements.	<b>Rec 9</b>	Transmettre les taux de turn-over et d'absentéisme des AS/ASG/AMP/AES pour l'année 2022.	<b>Recommandation levée</b> Pour les AS/ASG/AMP/AES, l'établissement a transmis les taux 2022 de turn over (24,4%) et d'absentéisme (18,6%).

<b>R.10</b>	L'établissement ne dispose pas de psychologue.	<b>Rec 10</b>	Poursuivre les démarches de recherche d'un psychologue pour en faire bénéficier les résidents de la structure.	<b>Recommandation maintenue</b> L'établissement a publié une annonce le 28/12/2023 pour un poste de psychologue de 0,5 ETP à pourvoir à compter du 01/03/2024. <b>6 mois</b>
<b>R.11</b>	Le plan de formation 2022 ne précise pas s'il s'agit du prévisionnel ou du réalisé.	<b>Rec 11</b>	Indiquer si le plan de formation 2022 transmis est le réalisé et, sinon, transmettre le réalisé 2022.	<b>Recommandation levée</b> Le plan de formation 2022 réalisé a été transmis. L'établissement précise, qu'un plan de formation triennal sera établi à partir de 2024.