

**Direction Inspection, Contrôle et Evaluation**

Affaire suivie par :



Madame la Directrice  
EHPAD Le Parc Fleuri  
24 Faubourg Saint Martin  
10400 PONT SUR SEINE

Réf. :

Nancy, le **21 SEP. 2023**

**Lettre Recommandée avec AR n° 2C 160 697 1522 9**

**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 10/08/2023 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 20/09/2023.

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 à Pre.8 sont maintenues.

**II. Recommandations**

Les recommandations R.1 à R.7 sont maintenues.

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

Compte tenu de la nomination d'une nouvelle directrice à venir, les délais de mise en œuvre des prescriptions et recommandations pourront être prolongés après accord de la délégation territoriale de l'Aube.

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 l'Aube - Service Offre médico-sociale (ars-grandest-dt10-os@ars.sante.fr)**.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, 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 :
  - DA
  - DT10

## 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>	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.	<b>Pre 1</b>	Réviser le projet d'établissement caduc en lien avec les différentes catégories de personnel.	6 mois
<b>E.2</b>	Le rapport annuel financier et d'activité ne mentionne pas les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Il n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 312-203 du CASF.	<b>Pre 2</b>	Préciser dans le rapport d'activité 2023 la démarche d'amélioration continue de la qualité.	1 mois
<b>E.3</b>	La commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 3° du CASF.	<b>Pre 3</b>	Mettre en place la commission de coordination gériatrique. Celle-ci doit se réunir au moins annuellement.	3 mois
<b>E.4</b>	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD n'a pas été modifié selon une périodicité prévue et qui ne peut être supérieure à 5 ans, conformément à l'article R. 311-33 du CASF.	<b>Pre 4</b>	Modifier le règlement de fonctionnement et appliquer les dispositions prévues à l'article R. 311-33 du CASF.	3 mois
<b>E.5</b>	Le conseil de vie sociale 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>	Réunir les représentants du conseil de vie sociale au moins trois fois/an.	5 mois
<b>E.6</b>	Le temps de travail en équivalent temps plein du médecin coordonnateur contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Pre 6</b>	Réviser le temps de travail du médecin coordonnateur, afin de l'adapter au nombre de résidents de l'établissement.	6 mois
<b>E.7</b>	L'Etablissement ne dispose ni d'outils opérationnel de recueil et de suivi des EI/EIG/EIGS, ni de procédure connue du personnel dans ce cadre. Cette situation ne favorise pas la démarche d'amélioration continue, ni la déclaration aux autorités compétences des EI/EIG tel que prévu à l'article L. 331-8-1 du CASF.	<b>Pre 7</b>	Mettre en place les outils de recueil et de suivi des EI/EIG/EIGS en explicitant l'intérêt de cette démarche auprès du personnel.	3 mois

<b>E.8</b>	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, contrevenant ainsi aux dispositions de l'article D. 312-203 du CASF.	<b>Pre 8</b>	Créer et mettre en place un plan d'action, ainsi que la procédure de suivi de celui-ci.	3 mois
------------	--	--------------	---	--------

<b>Recommandations</b>				
<b>Remarque (référence)</b>		<b>Libellé de la recommandation</b>		<b>Délai de mise en œuvre</b>
<b>R.1</b>	L'organigramme ne mentionne pas la date de mise à jour.	<b>Rec 1</b>	Dater l'organigramme de l'EHPAD Le Pont Fleur.	1 mois
<b>R.2</b>	Il n'est pas mis en place de comité de direction.	<b>Rec 2</b>	Mettre en place des réunions de comité de direction et en formaliser le fonctionnement dans un document qualité.	1 mois
<b>R.3</b>	La convention de mise à disposition du médecin coordonnateur transmise concerne l'EHPAD Les Flots de l'Orvin.	<b>Rec 3</b>	Rédiger une convention de mise à disposition du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD Le Pont Fleur.	1 mois
<b>R.4</b>	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas de formation d'encadrement spécifique.	<b>Rec 4</b>	Inscrire l'infirmière coordinatrice à une formation d'encadrement dans les meilleurs délais.	3 mois
<b>R.5</b>	Il n'existe pas de procédure de déclaration interne des événements indésirables (EI) et événements indésirables graves (EIGS).	<b>Rec 5</b>	Rédiger une procédure de déclaration des EIGS accompagnée d'une charte d'incitation à la déclaration et sensibiliser le personnel à la politique d'amélioration continue de la qualité.	3 mois
<b>R.6</b>	Il n'existe pas de procédure de traitement des réclamations.	<b>Rec 6</b>	Rédiger une procédure définissant le mode de déclaration et de traitement des réclamations des résidents et des proches.	3 mois
<b>R.7</b>	L'établissement ne procède pas à l'analyse approfondie des dysfonctionnements et des événements indésirables via la démarche de retour d'expérience (RETEX).	<b>Rec 7</b>	Organiser des RETEX afin d'éviter que des événements indésirables ne se reproduisent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.	3 mois