



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :



Madame la Directrice
EHPAD Saint Martin
2 Route de Langres
52210 ARC EN BARROIS

Réf. :

Nancy, le - 1 SEP. 2023

Lettre Recommandée avec AR n° 2C 160 697 1424 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 13/06/2023 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 par courriel en date du 03/07/2023.

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

I. Prescriptions

Les prescription **Pre. 2, Pre. 7** sont levées.

Les prescriptions **Pre. 1, Pre. 3 à 6, Pre.8 et Pre.9** sont maintenues.

- **S'agissant de la Pre.1**, il est noté que le projet d'établissement est planifié et a été notifié aux instances. Celui-ci doit être présenté en fin d'année.
- **S'agissant de la Pre. 3**, vous nous informez que des réunions régulières sont organisées par le médecin coordonnateur avec les professionnels de santé intervenant à l'EHPAD mais elles ne sont pas formalisées.
- **S'agissant de la Pre. 4**, il est noté que la révision de l'ensemble des documents réglementaires est planifiée pour 2023.
- **S'agissant de la Pre. 5**, il est noté que des élections sont prévues avec un premier CVS pour le 14/12/2023, ainsi qu'une réunion des familles le 05/09/2023.
- **S'agissant de la Pre. 6**, Il est bien noté les difficultés rencontrées concernant l'augmentation du temps de travail du médecin coordonnateur, de plus il intervient sur l'EHPAD Le Mail à CHATEAUVILLAIN. Le délai de mise en conformité est revu en conséquence, soit 12 mois ;

- **S'agissant de la Pre. 8**, il est noté que la direction commune s'est dotée d'un logiciel de management de la qualité et de la gestion des risques permettant aux équipes de déclarer les EI. Son déploiement est en cours et il devrait être totalement opérationnel d'ici octobre 2023.
- **S'agissant de la Pre. 9**, les difficultés de l'établissement à recruter des AS qualifiées sont notées. Toutefois, en l'absence d'attestation de formation ou de VAE en cours, la prescription est maintenue pour les ASH postés sur des fonctions d'AS.

II. Recommandations

Les recommandations **R.2, R.4, et R.9** sont levées.

Les recommandations **R.1, R.3, R.5, R.6, R.7 et R.8** sont maintenues.

- **S'agissant de la R.1**, le rapport d'observation établi à 6 mois d'exercice, à destination de l'ARS suite à votre prise de fonction, ne permet pas de lever la recommandation. Vous devez nous préciser si vous disposez de documents complémentaires de délégation de signature, si oui, transmettre une copie. Le seul document transmis concerne la décision de délégation de signature donnée à l'assistante de direction dans ses domaines de compétences.
- **S'agissant de la Rec.3**, il est noté qu'une nouvelle organisation sera établie et qu'une procédure sera travaillée en septembre 2023.
- **S'agissant de la Rec.5**, il est noté que l'IDEC est encadrée par la Cadre de Santé partagée entre l'EHPAD de Châteauvillain et les services de l'EHPAD d'Arc en Barrois. Une formation lui sera proposée en 2024.
- **S'agissant de la R.6**, il est noté que la convention sera retravaillée et transmise en septembre 2023.
- **S'agissant de la R.7**, Il est noté que la Direction commune s'est dotée d'un logiciel de management de la qualité et de la gestion des risques. Ce dernier est en cours de déploiement et devrait être totalement opérationnel d'ici octobre 2023.
- **S'agissant de la R.8**, son libellé est modifié suite aux éléments apportés en phase de procédure contradictoire. La recommandation devient : « transmettre le tableau récapitulatif RH correspondant aux ETP financés », sous 1 mois.

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 de la HAUTE MARNE - Service Offre de Santé** (ars-grandest-DT52-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

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	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 1	Réviser le projet d'établissement caduque en lien avec les différentes catégories de personnel.	6 mois
E.2	L'établissement ne dispose pas du rapport annuel d'activité N-1 contrairement aux dispositions de l'article R314-50 du CASF.	Pre 2	Etablir le rapport annuel d'activité N-1.	Levée Le RA 2022 a été transmis.
E.3	La commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 3° du CASF.	Pre 3	Mettre en place la commission de coordination gériatrique avec les professionnels concernés. Celle-ci doit se réunir au moins annuellement.	6 mois
E.4	Le règlement de fonctionnement n'a pas été révisé conformément aux dispositions du décret 2003-1095 du 14/11/2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L 311-7 du CASF.	Pre 4	Réviser le règlement de fonctionnement.	6 mois
E.5	Le CVS ne se réunit pas au moins trois fois par an contrairement aux dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.	Pre 5	Inciter les représentants du CVS à se réunir au moins trois fois/an.	3 mois
E.6	Le temps de travail en équivalent temps plein (ETP) du médecin coordonnateur contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF prévoyant 0,6 ETP pour le nombre de résidents de l'établissement.	Pre 6	Réviser le temps de travail du médecin coordonnateur, afin de l'adapter au nombre de résidents de l'établissement.	12 mois
E.7	Il n'est pas établi de rapport d'activité médicale annuel formalisé, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 10° du CASF.	Pre 7	Etablir annuellement un rapport d'activité médicale pour l'année précédente.	Levée Le RAMA 2022 a été transmis.

Copies :

- EMS : 
- ARS Grand-Est :
 - o DA
 - o DT52

E.8	L'établissement ne dispose pas d'outils opérationnel de recueil et de suivi des réclamations et des EI/EIG/EIGS. Cette situation ne favorise ni la démarche d'amélioration continue, ni la déclaration aux autorités compétentes des EI/EIG/EIGS telle que prévu à l'article L. 331-8 du CASF.	Pre 8	Mettre en place les outils de recueil et de suivi des EI/EIG/EIGS en explicitant l'intérêt de cette démarche auprès du personnel.	6 mois
E.9	Certains postes d'AS, qui nécessitent d'être diplômés, sont occupés par des ASH, contrairement aux dispositions de l'article L. 312-1 II du CASF.	Pre 9	Faire exercer la fonction d'aide-soignante par des aides-soignantes diplômées, ou apporter des éléments de preuve quant à une formation reçue par l'ASH et/ou une VAE effective ou en cours.	immédiat

Recommandations				
Remarque (référence)		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R.1	Les réponses apportées par l'établissement ne permettent pas de savoir si la directrice dispose de documents complémentaires de délégations, précisant ses compétences, ses missions et/ou de signature et de sa capacité d'engagement financier.	Rec 1	Préciser si la directrice dispose de documents complémentaires de délégation, si oui, transmettre une copie.	1 mois
R.2	Bien qu'il existe une astreinte de direction, elle est assurée uniquement par la directrice, ce qui est lourd et potentiellement risqué, l'astreinte étant assurée à la fois sur deux établissements.	Rec 2	Inclure d'autres personnels dans l'astreinte de direction.	Levée Le planning des congés de la directrice a été transmis avec indication de son remplacement par le cadre de santé.
R.3	L'absence de formalisation de l'astreinte, ne favorise pas la communication sur ses modalités d'organisation et sa diffusion, en cas d'absence imprévue de la directrice.	Rec 3	Formaliser l'astreinte de direction en conséquence et la communiquer au personnel.	3 mois

R.4	L'établissement n'a pas transmis de compte rendus de réunions du comité de direction (CODIR). Ce comité, étant inexistant avant sa mise en place le 08/02/2023.	Rec 4	Transmettre le compte-rendu du 08/02/2023 et préciser la fréquence de ces réunions.	Levée Le CR du 08/02/23 a été transmis.
R.5	L'IDEC ne dispose pas de formation d'encadrement spécifique.	Rec 5	Former l'IDEC à la mission d'encadrement nécessitée par le poste qu'elle occupe dans l'EHPAD dans les meilleurs délais.	12 mois
R.6	L'établissement n'a pas transmis la convention établie entre l'officine dispensatrice des médicaments et l'EHPAD.	Rec 6	Transmettre la convention établie entre les deux parties.	1 mois
R.7	L'établissement ne s'est pas engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.	Rec 7	Mettre en place de façon pluridisciplinaire cette démarche d'amélioration continue en expliquant son intérêt au personnel.	6 mois
R.8	Il existe une différence d'ETP entre le tableau récapitulatif RH transmis et les ETP financés déclarés par l'établissement.	Rec 8	Transmettre le tableau récapitulatif RH correspondant aux ETP financés.	1 mois
R.9	La mission d'inspection ne recense que 3 recrutements en 2022 pour les AS, alors que l'établissement indique un taux de turn-over à 56%.	Rec 9	Apporter les explications nécessaires sur ce point.	Levée L'établissement a reprecisé 51.5% de turn-over sur les postes AS (effectif cible 33) avec le recrutement sur l'exercice 2022 en CDD de : 9 AS et 8 ASH