

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :

Madame la Directrice
EHPAD Félix Grelot
6 rue Félix Grelot
52800 NOGENT ILLAIN

Nancy, le **30 AOÛT 2023**

Lettre Recommandée avec AR n° 2C 160 697 1419 2

Objet : Décision suite au contrôle sur pièces

Madame la Directrice,

J'ai diligencé 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.

En l'absence de réponse de votre part, dans la phase contradictoire, je vous notifie la présente décision.

I. Prescriptions

Les prescriptions **Pre.1 à 5** sont **maintenues**.

II. Recommandations

Les recommandations **R.1 à 9** 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 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

Copies :

- EMS : [REDACTED]
- ARS Grand-Est :
 - o DA
 - o DT52

ESOS JURA 3 0

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	La commission de coordination gériatrique (CCG) n'est pas mise en place contrairement aux dispositions de l'article D.312-158.3° du CASF.	Pre 1	Mettre en place la commission de coordination gériatrique avec les professionnels concernés. Celle-ci doit se réunir au moins annuellement.	12 mois
E.2	Le CVS ne se réunit pas au moins trois fois par an contrairement aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF.	Pre 2	Inciter les représentants du CVS à se réunir au moins trois fois/an. Faciliter matériellement la tenue de ces réunions.	3 mois
E.3	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, contrairement aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.	Pre 3	Recruter un médecin coordonnateur dans l'année.	Année en cours 2023
E.4	Il n'est pas établi de rapport d'activité médicale annuel, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 10° du CASF.	Pre 4	Etablir annuellement le rapport d'activité pour l'année précédente.	6 mois
E.5	3 postes d'AS diplômées, sont occupés par des ASH, contrairement aux dispositions de l'article L. 312-1 II du CASF.	Pre 5	Faire exercer la fonction d'aide-soignante par des aides-soignantes diplômées, ou apporter des éléments de preuve quant à une formation et/ou VAE en cours réalisée par l'ASH.	Immédiat

Recommandations				
Remarque (référence)		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R.1	L'établissement n'a pas transmis de document portant délégation de signature de la directrice.	Rec 1	Transmettre la délégation de signature de la directrice.	1 mois
R.2	L'organigramme transmis, ne permet pas de savoir en l'état, s'il est actualisé.	Rec 2	Transmettre un organigramme actualisé, portant mention de date.	1 mois
R.3	Le projet d'établissement ne fait pas mention de consultation préalable d'instances.	Rec 3	Préciser si l'élaboration du projet d'établissement a fait l'objet d'une consultation préalable d'instances.	1 mois
R.4	Bien que les réunions de directions soient organisées, la non formalisation de ces réunions ne favorise pas sa communication au sein personnel.	Rec 4	Formaliser les modalités des réunions de directions, indiquer leur fréquence et porter ces modalités de réunions à la connaissance du personnel.	3 mois
R.5	L'établissement a transmis une version non validée du règlement intérieur. Le document n'est pas identifié en tant que règlement de fonctionnement, contrairement au disposition de l'article L. 311-7 du CASF.	Rec 5	Transmettre le règlement de fonctionnement dès sa validation.	3 mois
R.6	L'établissement n'a pas transmis le plan d'actions portant sur la maîtrise des risques et l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge et prestations.	Rec 6	Transmettre le plan d'actions portant sur la maîtrise des risques et l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge et prestation.	1 mois
R.7	Les plannings transmis ne permettent pas d'identifier clairement le positionnement journalier de chaque personnel, du fait d'une légende incomplète.	Rec 7	Transmettre la légende complète correspondant à l'ensemble des sigles répertoriés dans le planning.	1 mois
R.8	L'effectif des ASH, ainsi que les ETP présentent une divergence entre les plannings, le tableau récapitulatif RH et le questionnaire RH.	Rec 8	Préciser l'effectif et le nombre d'ETP exact correspondants à la catégorie ASH. Transmettre le tableau du personnel correspondant, précisant leur poste d'affectation.	1 mois
R.9	L'établissement n'a pas indiqué le nombre de personnel d'AS-AMP-ASG et de personnel non-soignants présents au sein de l'UVP.	Rec 9	Transmettre les informations relatives au nombre de personnel d'AS-AMP-ASG et de personnels non-soignants présents au sein de l'UVP.	1 mois