

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Monsieur CAILLAUD, Directeur
EHPAD Le Belvédère
Cité Sainte Barbe
57440 ALGRANGE

Lettre recommandée avec AR n° 2C 140 615 8958 9

Objet : Décision suite au contrôle sur pièces

Monsieur,

J'ai diligenté un contrôle sur pièces de votre établissement.
Je vous ai transmis le 23/10/2024 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 en date du 22/11/2024.

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.3, Pre.8 et Pre.11** sont levées.

- Pre.3 : Bien que la commission de coordination gériatrique soit mise en place, je relève que celle-ci ne reprend pas l'ensemble des missions mentionnées dans l'arrêté du 5 septembre 2011, notamment la présentation du rapport d'activité médicale annuelle.

Les prescriptions **Pre.1, Pre.2, Pre.4, Pre.5, Pre.6, Pre.7, Pre.9 et Pre.10** sont **maintenues**.

- Pre.9 : Concernant le travail sur l'organisation, vous me précisez que « le travail est à amorcer en collaboration avec les équipes sur un modèle d'organisation répondant aux besoins de la structure ». Afin de soutenir la démarche engagée, le délai est modifié de 3 mois à 6 mois.

II. Recommandations

Les recommandations **Rec.2, Rec.4, Rec.5, Rec.6, Rec.7, Rec.10, Rec.11, Rec.12, Rec.13 et Rec.14** sont levées.

Les recommandations **Rec.1, Rec.3, Rec.8 et Rec.9** sont **maintenues**.

- Rec.1 : L'arrivée d'un nouveau directeur de transition en novembre 2024 porte à 4 le nombre de directeur se succédant sur l'année 2024. L'analyse des causes de cet important taux de rotation au niveau du poste de direction est nécessaire afin de stabiliser cette fonction.
- Rec.9 : le travail sur la formalisation du planning apparaît comme indispensable au vu du nombre d'erreurs retrouvées dans les différentes analyses lors du contrôle, en lien avec des incohérences de codes horaires et de retranscription (E.9, R.10, R.11).

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 Moselle](#) - Service territorial des établissements et services médico-sociaux (ars-grandest-DT57-delegate@ars.sante.fr).

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 Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
Pour la directrice générale et par délégation - La Directrice Adjointe
de l'Inspection Contrôle et Evaluation,
Sandrine GUET
Nancy le 13/12/2024



Copies :

- EMS : [REDACTED]
- ARS Grand-Est :
 - o DA
 - o DT57

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 date de consultation du conseil de la vie sociale n'est pas inscrite dans le projet d'établissement contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Pre 1	Mentionner les dates de présentation et de validation du projet d'établissement par le conseil de la Vie Sociale, si celles-ci ont eu lieu. Sinon inscrire la présentation du projet d'établissement au prochain CVS.	Prescription maintenue 6 mois <i>La présentation du projet d'établissement est programmée au prochain CVS.</i>
E.2	Le projet d'établissement ne comprend pas de plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, dit "plan bleu", contrairement aux dispositions de l'article D.312-160 du CASF.	Pre 2	Intégrer dans le projet d'établissement le plan bleu, en respectant le cahier des charges fixé à l'arrêté du 7 juillet 2005 (modifié par l'arrêté du 8 août 2005).	Prescription maintenue 6 mois <i>Le projet d'établissement a été modifié afin de faire apparaître la notion de plan bleu, ainsi que la disponibilité de celui-ci. Ces modifications doivent encore être approuvées.</i>
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 cette commission avec les professionnels concernés. Celle-ci doit se réunir au moins annuellement. La composition et les missions de la commission de coordination gériatrique, sont définies dans l'arrêté du 5 Septembre 2011.	Prescription levée <i>La commission de coordination gériatrique a eu lieu en juin 2025. L'établissement transmet le compte rendu de la commission. Il est toutefois relevé que la commission ne reprend pas l'ensemble des missions mentionnées dans l'arrêté du 5 septembre 2011, notamment la présentation du rapport d'activité médicale annuelle. En outre, le compte rendu transmis ne mentionne que l'ordre du jour et ne fait pas état des éléments transmis et échangés, ainsi que des décisions prises lors de la commission.</i>

E.4	Les comptes rendus de CVS sont signés par le directeur de l'établissement et la directrice adjointe, mais pas par le Président du CVS, ce qui contrevient à l'article D.311-20 du CASF.	Pre 4	Faires signer les comptes rendus du CVS par le Président du CVS.	Prescription maintenue 3 mois <i>Un nouveau Président du Conseil de la Vie Sociale doit être élu lors de la prochaine réunion.</i>
E.5	Le temps de travail en équivalent temps plein du médecin coordonnateur (0,4 ETP) contrevient aux dispositions de l'article D. 312 -156 du CASF (0,6 ETP attendus).	Pre 5	Se conformer à la réglementation pour le temps de MEDEC (0,6 ETP pour 64 places)	Prescription maintenue 6 mois
E.6	Il n'existe pas de convention avec les professionnels de santé libéraux intervenant auprès des résidents contrairement à l'article L314-12 du CASF.	Pre 6	Formaliser les conventions et les proposer à la signature des intervenants libéraux concernés.	Prescription maintenue 3 mois <i>Des conventions de partenariats pour les podologues et les kinésithérapeutes sont proposées à la signature des intervenants. Aucune convention de partenariats avec les médecins traitants n'a été présentée.</i>
E.7	Le contrat liant l'EHPAD et la Pharmacie n'est plus à jour, il ne nomme pas de pharmacien référent, contrairement aux dispositions de l'article L. 5126-10 II du CSP.	Pre 7	Mettre à jour la convention de partenariat avec l'officine dispensatrice, en intégrant la nomination d'un pharmacien référent pour l'EHPAD afin d'être en conformité avec l'article L. 5126-10 II du CSP modifié par ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016-art.1.	Prescription maintenue 6 mois <i>Une nouvelle convention est en cours de signature avec l'officine partenaire de l'établissement.</i>
E.8	Des agents non diplômés dispensent des soins aux résidents, contrevenant aux dispositions de l'article L.312-1 II du CASF.	Pre 8	Apporter des éléments de preuve quant à une validation des acquis d'expérience en cours pour les agents, ou une inscription dans un cursus diplômant. A défaut, les inscrire dans une formation diplômante.	Prescription levée <i>L'établissement transmet les éléments de l'ensembles des agents, inscrits dans un parcours de VAE.</i>
E.9	La planification du travail des équipes AS n'est pas homogène sur le mois, et des périodes de travail avec 1 seul soignant pour 64 résidents sont constatées à plusieurs reprises dans le mois. Durant 2 après-midi, le planning ne mentionne aucun agent AS en poste. L'inconstance des effectifs présents pour un horaire de travail donné, en termes de nombre et de	Pre 9	Réviser les plannings afin de sécuriser l'accompagnement des résidents, de jour comme de nuit. Travailler sur l'organisation et les besoins minimaux en termes de personnel, des affectations de celui-ci et harmoniser les plannings afin d'avoir un nombre de personnel mieux réparti quotidiennement et entre la semaine et le weekend.	Prescription maintenue 3 mois 6 mois <i>L'établissement transmet des éléments de réponse concernant les absences mentionnées, notamment une difficulté de formalisation des plannings et des codes horaires en lien.</i>

	qualification des agents, ne permet pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés au résident en application de l'article L. 311-3 3° du CASF.			<i>L'établissement précise dans le cadre du contradictoire, et concernant l'organisation, que « le travail est à amorcer en collaboration avec les équipes sur un modèle d'organisation répondant aux besoins de la structure ».</i>
E.10	Les plannings transmis ne permettent pas de s'assurer de la présence quotidienne d'1 IDE sur l'établissement, contrevenant à l'article D.312-155-0 CASF.	Pre 10	<p>Préciser le planning IDE des mois d'avril et mai étudiés.</p> <p>Transmettre à l'ARS les mesures envisagées pour pallier les absences, ainsi que les procédures dégradées afférentes.</p> <p>Rédiger une conduite à tenir en cas d'absence de l'IDE.</p>	<p>Prescription maintenue 3 mois</p> <p><i>L'établissement a précisé l'ensemble des remplacements pour les dates identifiées lors du contrôle. En outre, le process de remplacement est indiqué, notamment l'appelle aux IDE libérales en cas de besoin.</i></p> <p><i>Cependant, la rédaction d'une conduite à tenir en cas d'absence IDE, et également dans le cadre de l'intervention des libérales, qui interviennent ponctuellement dans l'établissement, reste nécessaire.</i></p>
E.11	L'absence de convention permettant d'assurer la continuité des soins et d'organiser l'hospitalisation des résidents (hôpital de proximité, équipe HAD...) contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.	Pre 11	Formaliser les conventions nécessaires afin de permettre d'assurer la continuité des soins des résidents.	<p>Prescription levée</p> <p><i>Des conventions existent avec l'HAD du CHR Metz-Thionville, et l'hôpital gériatrique Le Kem. Les conventions sont datées de 2014, et l'établissement précise qu'elles vont être mise à jour.</i></p>

Recommandations				
Remarque (référence)		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R.1	La fonction de direction n'est pas stabilisée avec un turn-over important.	Rec 1	<p>Analyser les causes de cet important taux de rotation, afin de trouver et mettre en place les solutions les plus adaptées, lorsque la situation le permet.</p> <p>Transmettre à l'ARS le rapport d'étonnement réalisé par le nouveau directeur.</p>	<p>Recommandation maintenue 3 mois</p> <p>1 mois</p> <p><i>Un nouveau directeur de transition est entré en poste en novembre 2024, dans l'attente d'un nouveau recrutement.</i></p>

R.2	Le rapport d'activité et financier est commun à l'ensemble des établissements du groupe SOS sur le département de la Moselle, le CPOM étant commun, mais il ne différencie pas les données de chaque établissement sur les parties bilan social et vie de l'établissement.	Rec 2	Différencier la présentation de l'activité, la population accueillie, le bilan social et la vie de l'établissement, pour chacun des établissements composant le CPOM.	Recommandation levée <i>Les tableaux Excel transmis dans le cadre de l'ERRD mentionnent chaque établissement individuellement, sur des éléments quantitatifs uniquement.</i>
R.3	Le RAMA produit reste succinct au regard de ce qui est attendu, présentant uniquement des données chiffrées sans aucune analyse (analyse des prises en charge réalisées, évolution de l'état de santé des résidents, organisation RH interne, bonnes pratiques en place, projet soignant...).	Rec 3	Enrichir le RAMA avec une analyse sur l'activité de l'EHPAD, en lien avec l'équipe soignante.	Recommandation maintenue 9 mois
R.4	L'IDEC n'a pas de formation spécifique pour l'accompagner dans son poste de coordinatrice.	Rec 4	Evaluer les besoins en formation spécifique pour accompagner l'IDEC dans son poste de coordination. L'inscrire dans une formation en lien avec les besoins recensés.	Recommandation levée <i>L'IDEC a suivi une formation de management interne au groupe SOS Séniors. L'attestation de formation est transmise.</i>
R.5	Les coordonnées du point focal régional de l'ARS Grand Est, à qui il convient de transmettre la fiche de signalement des EIG, ne sont pas mentionnées dans la procédure relative aux événements indésirables graves.	Rec 5	Mettre à jour le tableau de la procédure concernant les événements indésirables en détaillant l'organisation propre à l'EHPAD et en ajoutant les coordonnées du point focal régional de l'ARS Grand Est : ARS-GRANDEST-ALERTE@ars.sante.fr Tél : 09 69 39 89 89 - Fax : 03 10 01 01 61	Recommandation levée <i>Les informations sont inscrites dans le logiciel BlueKango que l'établissement utilise de manière systématique pour l'ensemble des événements indésirables.</i>
R.6	L'analyse des comptes-rendus de retours d'expériences transmis n'objective aucun élément qui permet de s'assurer qu'il s'agit de ceux de l'EHPAD Le Belvédère.	Rec 6	Si les réunions sont internes à l'EHPAD le Belvédère, transmettre les dates des réunions ainsi que les personnes ayant participé à celles-ci. Modifier les fiches REX à venir pour que ces informations y figurent. Si les REX ne sont pas celles de l'EHPAD Le Belvédère, transmettre les retours d'expérience réalisés au sein de l'établissement. S'il n'y en a pas eu, transmettre la procédure existante, ainsi que les documents permettant de	Recommandation levée <i>L'établissement précise le mode de réalisation des retours d'expériences « groupe », et la possibilité de réaliser des retours d'expérience au niveau des établissement.</i> <i>Toutefois, l'établissement n'a pas réalisé d'analyse des causes profondes récemment, et il n'est pas précisé les procédures existantes autre que le logiciel interne. Un travail de fond sur cette thématique serait à envisager.</i>

			réaliser l'analyse des causes profondes des événements indésirables.	
R.7	Le plan d'action relatif à la maîtrise des risques ne contient aucune date, ni aucun délai d'action.	Rec 7	Mettre à jour le plan d'action, notamment l'amélioration continue de la qualité, en intégrant la dimension temporelle dans celui-ci, et définir les modalités de son suivi.	Recommandation levée
R.8	L'établissement fait appel à des intérimaires (AS,ASL,IDE). Les moyens d'accompagnement de ces professionnels au sein de l'EHPAD ne sont pas spécifiés.	Rec 8	Poursuivre la dynamique de recrutement du personnel afin de limiter le recours à l'intérim. Dans l'intervalle, mettre à disposition des salariés ponctuels l'ensemble des outils nécessaire à assurer leur mission (plan de l'établissement, plan de soins à jour des résidents, accès au logiciel de suivi du résident, livret d'accueil...), et tenir à jour ces outils.	Recommandation maintenue 12 mois 3 mois <i>Le groupe SOS se mobilise dans le recrutement, les offres d'emploi sont disponibles sur plusieurs sites internet, et des démarches sont entreprises directement auprès des instituts de formation.</i> <i>Concernant les intérimaires, un « classeur des Incontournables » est mentionné dans le courrier réponse, mais aucun élément de preuve n'est transmis.</i>
R.9	Le planning affiché ne permet pas une compréhension claire des agents en poste, les noms n'étant pas systématiquement inscrits, ni les horaires réalisés par chacun, les codes horaires n'étant pas inscrits en regard des noms des professionnels réalisant les postes. En outre, le planning affiché n'est pas tenu à jour des changements de professionnels et des absences, ne permettant pas aux équipes en place de connaître les professionnels présents en poste un jour donné.	Rec 9	Mettre en place un planning clair, permettant une lecture facilitée par l'ensemble des intervenants de l'EHPAD et les remplaçants, et le tenir à jour.	Recommandation maintenue 1 mois 3 mois <i>Un travail est en cours sur cette thématique.</i>

R.10	L'organisation du travail de nuit n'est pas suffisamment sécurisée avec un seul agent les nuits du 1 ^{er} , 29 et 30 mai.	Rec 10	Préciser les modes de remplacements sur les 3 nuits (1 ^{er} , 29 et 30 mai). Sécuriser l'organisation du travail, par le remplacement systématique des absences des agents de nuit.	Recommandation levée <i>Les nuits mentionnées étaient bien couvertes par 2 agents, le planning transmis dans le cadre du contrôle était incorrect. (cf. R.9)</i>
R.11	L'organisation du travail n'est pas suffisamment sécurisée avec un seul agent ASL de 6h à 7h, durant 22 jours en avril, et 2 jours en mai.	Rec 11	Travailler sur l'organisation et les besoins minimaux en termes de personnel, des affectations de celui-ci. S'assurer de la présence minimale de 2 agents dans l'établissement sur l'ensemble de la journée et de la nuit.	Recommandation levée <i>Le planning transmis dans le cadre du contrôle était incorrect. (cf. R.9) Aux dates mentionnées, 1 AS était également présente de 6h à 7h.</i>
R.12	L'établissement transmet un taux d'absentéisme et de rotation important (37,42% et 37,5%) de son personnel AS.	Rec 12	Analyser les causes de ces importants taux de rotation et d'absentéisme, afin de trouver et mettre en place les solutions les plus adaptées, lorsque la situation le permet.	Recommandation levée <i>L'analyse des causes est réalisée par l'établissement dans le cadre du contradictoire. Cf.R.8</i>
R.13	L'établissement n'indique ni temps de travail de kinésithérapeute, ni convention signée avec des kinésithérapeutes libéraux.	Rec 13	Transmettre les informations en lien avec le temps de kinésithérapie. Si des kinésithérapeutes libéraux interviennent, formaliser et proposer à la signature des conventions de partenariats.	Recommandation levée <i>L'établissement travaille en partenariat avec des kinésithérapeutes libéraux. Des conventions de partenariats sont en cours de signature avec les intervenants libéraux.</i>
R.14	L'établissement ne dispose d'aucun temps de psychologue.	Rec 14	Evaluer les besoins de psychologue au bénéfice des résidents de la structure. Mettre en place des actions pour recruter un temps de psychologue, en lien avec les besoins recensés.	Recommandation levée <i>Une psychologue est présente sur l'établissement à hauteur de 0,15 ETP.</i>