

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2023-HDF-00396



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Béthanie situé au 877 route de Roubaix à SAINT-AMAND-LES-EAUX (59230) a fait l'objet d'un contrôle sur pièces en application des articles L 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce contrôle a été initié le 15 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 13 mars 2024.

Par courriel reçu par mes services le 15 avril 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

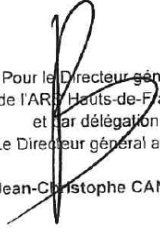
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Monsieur Marc BISBROUCK
Président de l'Association Béthanie
877 route de Roubaix
59230 SAINT-AMAND-LES-EAUX

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à ARS-HDF-CP@ars.sante.fr, **dans le respect des échéances fixées**, les documents demandés ainsi que le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée.



Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER

Copie à Madame Amélie BAZZINI, la directrice de l'établissement

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Béthanie à SAINT-AMAND-LES-EAUX (59230) initié le 15 décembre 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E5	Des tâches spécifiquement relatives à l'exercice de l'activité d'aide-soignant, telles que définies dans le référentiel métier de l'annexe 1 de l'Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aidesoignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASH ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'Etat d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aidesoignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription n°1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF.	1 mois	
E8	Au regard des déclarations de l'établissement sur l'insuffisance et l'inconstance des effectifs par catégorie professionnelle, la mission de contrôle constate que la qualité de la prise en charge et l'accompagnement des résidents au sens de l'article L. 3113, 1° du CASF n'est pas garantie.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E6	Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0,60 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription n°2 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur et s'assurer que ce temps de travail est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	1 mois	
E7	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E9	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	Prescription n°3 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	9 mois	
E10	Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels, dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé au jour du contrôle contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E4	En n'effectuant pas la vérification de l'extrait de casier judiciaire national à l'embauche, puis à intervalle régulier, pour tous les salariés, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription n°4 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier conformément à la réglementation	/	15/04/2024
E1	En ne réunissant pas le conseil de la vie sociale trois fois par an, et en l'absence de signature des procès-verbaux par son président, les modalités de fonctionnement du conseil de vie sociale contreviennent aux dispositions des articles D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	Prescription n°5 : Faire systématiquement signer les relevés de conclusions de chaque séance au Président du CVS conformément à la réglementation.	/	15/04/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E2	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale et les instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions des articles L. 311-7 du CASF. et R. 311-35.	Prescription n°6 : Consulter le CVS ou une autre forme de participation dans l'élaboration du règlement de fonctionnement conformément à l'article R. 311-33 du CASF.	/	15/04/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E3	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, et aux dispositions des articles D311-39 et L. 311-4 du CASF.	Prescription n°7 : Mettre en conformité le livret d'accueil en incluant les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ainsi que les coordonnées téléphoniques des autorités administratives conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	/	15/04/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R1	L'organisation de la permanence de la direction n'est pas formalisée ni effective, entravant ainsi le bon fonctionnement de l'établissement en cas d'absence du directeur.	Recommandation n°1 : Formaliser l'organisation de la permanence de la direction et l'appliquer.	3 mois	
R2	Les modalités d'intérim en l'absence de la direction ne sont pas définies.	n les en du Recommandatio n°2 : Définir modalités d'intérim l'absence directeur.	3 mois	
R3	En l'absence de précision, la mission de contrôle ne peut s'assurer que la composition de la commission de coordination gériatrique est conforme à la réglementation.	Recommandation n°3 : Transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement des dernières réunion de la commission de coordination gériatrique.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R4	Il n'existe pas de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance, décrivant notamment la conduite à tenir en cas de suspicion d'acte de maltraitance, et les obligations légales en matière de signalement.	Recommandation n°4 : Elaborer et transmettre à la mission de contrôle un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance ainsi que les feuilles d'émargement attestant de la sensibilisation des professionnels sur cette thématique.	4 mois	
R5	En l'absence de transmission des feuilles d'émargement des formations portant sur la promotion de la bientraitance, la mission de contrôle ne peut s'assurer de leur effectivité.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R7	La procédure de « signalement d'un événement indésirable (EI) » manque de précision, notamment sur les modalités de déclaration, de suivi, et de traitement des EIG / EIGS.	<p>Recommandation n°5 : Actualiser la procédure de gestion interne des événements indésirables, mentionner la réalisation de RETEX et l'appliquer.</p> <p>Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX ainsi que les feuilles d'émargements attestant de la formation régulière des professionnels à la déclaration des événements indésirables.</p>	4 mois	
R8	L'établissement n'organise pas, au jour du contrôle, de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.			
R9	La procédure de « gestion des événements indésirables et des réclamations » ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.			
R6	Au jour du contrôle, en l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R13	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées au jour du contrôle.	Recommandation n°6 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	3 mois	
R10	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant formalisée.	Recommandation n°7 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	9 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R11	L'établissement a précisé un taux de turn-over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation n°8 : Étudier les causes du turn-over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R12	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation n°9 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	/	15/04/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R14	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation n°10 : Évaluer les protocoles de façon périodique.	6 mois	