

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00201
[REDACTED]

Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Philippe BERTONI
Directeur de l'EHPAD Orée des
Bois Jean Moulin
Rue Georges Clémenceau
02410 SAINT GOBAIN

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD l'EHPAD Orée des Bois Jean Moulin sis rue Georges Clémenceau à SAINT GOBAIN (02410) initié le 31/05/2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Orée des Bois Jean Moulin sis rue Georges Clémenceau à SAINT GOBAIN (02410) 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 31/05/2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 04/09/2023.

Par courrier reçu le 28/09/2023, 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.

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 territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Pour le Directeur Général et par délégation,

Pièce(s) jointe(s) :

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

Mesures envisagées

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Orée des Bois Jean Moulin à SAINT GOBAIN (02410) initié le 31/05/2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	L'inconstance des effectifs présents la journée par poste horaire ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement sécurisé et de qualité, ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.			
E6	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'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des agents de soins ; 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'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription 1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, afin de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	1 mois	
E7	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.			
E8	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.	Prescription 2: Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D.312-156 du CASF.	1 mois	
E4	En ne renouvelant pas régulièrement le	Prescription 3 : Transmettre les casiers judiciaires mis à		

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
	bulletin du casier judiciaire national des agents, 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.	jour des personnels soignants de l'établissement à la mission de contrôle.		
E12	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.			
E13	En l'absence de projet personnalisé pour l'ensemble des résidents au jour du contrôle, les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 4 : Formaliser un projet d'accompagnement personnalisé pour l'ensemble des résidents conformément à la réglementation en vigueur.	6 mois	
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 5 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	4 mois	
E2	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 6 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées :	8 mois	
E10	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	- Définir un projet d'établissement et un projet général de soins ; - Réviser le livret d'accueil ;	8 mois	
E3	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.		8 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E11	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 7 : Faire signer le RAMA conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.		
E5	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Prescription 8 : Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.		
R7	La formation du personnel à la déclaration des événements indésirables est insuffisamment organisée.	Recommandation 1: Former de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables.	4 mois	
R8	En l'absence de transmission de justificatifs de formation, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			
R17	Le personnel n'est pas formé et sensibilisé aux protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques.	Recommandation 2: Former et sensibiliser régulièrement le personnel aux protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques.	6 mois	
R3	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 3: Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement.	3 mois	
R2	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur ne sont pas définies.	Recommandation 4: Définir les modalités d'intérim en l'absence du directeur.	3 mois	
R5	L'établissement ne réalise pas d'analyse des pratiques professionnelles dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prises en soins.	Recommandation 5 : Mettre en place des analyses des pratiques professionnelles de manière régulière.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R9	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables.	Recommandation 6 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.	3 mois	
R10	La mission de contrôle a constaté une incohérence quant au temps de travail déclaré de la cadre de santé au sein de l'EHPAD Jean Moulin.	Recommandation 7 : Justifier l'incohérence du temps de travail communiqué à la mission contrôle.		
R4	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 8 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	5 mois	
R6	La réalisation d'enquêtes de satisfactions n'est pas régulièrement mise en œuvre.	Recommandation 9 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	5 mois	
R11	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé en 2021 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 10 : Étudier les causes des taux élevés de turn over et d'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		
R12	L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes élevé en 2020, 2021 et 2022 sans préciser les actions mises en place pour y remédier.			
R15	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.	Recommandation 11 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	3 mois	
R16	Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas ciblées.	Recommandation 12 : Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci.	5 mois	
R14	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 13 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.		
R1	Le directeur d'établissement ne dispose pas de fiche de poste, ses missions ne sont pas formalisées.	Recommandation 14 : Formaliser une fiche de poste pour le directeur d'établissement.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	Il n'existe pas de fiche de tâches pour l'ensemble des catégories professionnelles au jour du contrôle.	Recommandation 15 : Formaliser des fiches de tâches pour l'ensemble du personnel.		