

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00299

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Notre Dame de Bon Repos sis 4 rue Antoine LECUYER à SAINT-QUENTIN (02100) 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 5 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 11 décembre 2023.

Par courrier reçu par mes services le 10 janvier 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.

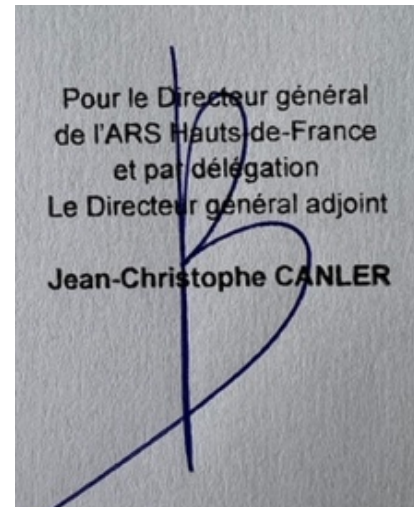
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à ARS-HDF-CP@ars.sante.fr, **dans le respect des échéances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

Monsieur Jean-Bernard PRIM
Directeur général
De l'Association Chemins d'Espérance
57 rue Violet
75015 PARIS

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 directeur général, 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 Marina DA SILVA, directrice de l'établissement

Pièce(s) jointe(s) :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Notre Dame de Bon Repos à SAINT-QUENTIN (02100) initié le 05 juillet 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)
E10	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'État 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 : Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification, de jour comme de nuit, afin d'assurer une prise en charge sécurisée et de respecter les rythmes de vie individuels des résidents, conformément aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.	1 mois	
E12	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-3° du CASF.			
E17	Au regard de la charge de travail des personnels soignants et de l'absence de garantie d'élaboration des projets de vie individualisés, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
E18	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne séparant le	Prescription 2 :	/	10/01/2024

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)
	repas du soir et le petit déjeuner est parfois supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		
E1	Au jour du contrôle, la directrice de l'établissement ne dispose pas des qualifications nécessaires pour assurer ses missions contrairement à l'article D. 312-176-6 à 9 du CASF.	Prescription 3 : Engager la directrice dans une formation afin d'obtenir une certification de niveau I comme le précise l'article D. 312-176-6 du CASF.	1 mois	
E9	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.	Prescription 4 : Recruter un médecin coordonnateur.	2 mois	
E11	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 5 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.	2 mois	
E16	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.	Prescription 6 : 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 et formaliser les modalités d'élaboration de ceux-ci.	3 mois	
R18	Les modalités d'élaboration du projet personnalisé ne sont pas formalisées.			
E8	En ne vérifiant pas le bulletin du casier judiciaire national et la nature du diplôme des 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 7 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF, réviser et transmettre les qualifications du personnel à la mission de contrôle.	1 mois	
E2	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription 8 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	4 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)
E5	L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'Instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription 9 : Rédiger un plan bleu détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique conformément aux dispositions de l'Instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	6 mois	
E3	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles, D.311-5, D.311-16 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 10 : Revoir la composition du CVS, rédiger le règlement intérieur conformément aux dispositions des articles D. 311-5, D.311-16 et D. 311-20 du CASF, et transmettre le procès-verbal des élections ainsi que les comptes rendus de 2021.	3 mois	
R4	La composition du CVS (procès-verbal des élections) n'a pas été remise à la mission de contrôle ni les comptes rendus de 2021.			
E4	L'EHPAD ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité au jour du contrôle ce qui contrevient à l'article L. 311-8 du CASF	Prescription 11 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E6	En l'absence de consultation du CVS et des instances représentatives du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.			
E7	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 ainsi qu'aux articles L.311-4 et D.311-39 du CASF.			

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)
E13	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.	Prescription 12 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois	
E14	Le RAMA n'est pas conforme aux articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-203 du CASF.	Prescription 13 : Réviser le RAMA conformément à la réglementation en vigueur en précisant : - les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, - l'organisation des soins, - le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire signer par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.	4 mois	
E15	En ne précisant pas le délai maximal de 6 mois pour la réalisation de l'avenant au contrat de séjour, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	Prescription 14 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF	3 mois	
R9	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 1 : - Mettre en place des sensibilisations internes sur la déclaration des EI/EIG et transmettre les feuilles d'émargement. - Prévoir l'organisation de RETEX suite à l'analyse des EI et EIG survenu au sein de l'établissement.	3 mois	
R10	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue d'événements indésirables graves.			
R17	La procédure d'admission n'est pas formalisée.	Recommandation 2 : Formaliser la procédure d'admission.	3 mois	
	Les protocoles relatifs aux contentions et à l'hydratation / nutrition n'ont pas été remis à la mission de contrôle.	Recommandation 3 : - Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux contentions et à l'hydratation / nutrition ; - Évaluer les protocoles de façon périodique.	3 mois	
	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.			

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)
R5	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions.	Recommandation 4 : Rédiger un plan d'action dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et étudier les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	3 mois	
R19	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.			
R6	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel des réclamations et plaintes.	Recommandation 5 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R7	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 6 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R8	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 7 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	3 mois	
R20	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.	Recommandation 8 : Former l'ensemble des professionnels aux transmissions ciblées et transmettre les feuilles d'émargement afin de garantir l'organisation régulière de celles-ci.	3 mois	
R14	Les personnels ne disposent pas de fiche de tâches.	Recommandation 9 : rédiger des fiches de tâches pour l'ensemble du personnel.	1 mois	
R12	Le taux d'absentéisme des effectifs soignants des 3 dernières années n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 10 : Transmettre les taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants des 3 dernières années à la mission de contrôle.	/	10/01/2024
R13	Le taux de turn over des effectifs soignants des 3 dernières années n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			

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)
R15	L'établissement n'a pas transmis l'intégralité des feuilles de présence aux formations.	Recommandation 11 : Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies et transmettre les feuilles d'émargement attestant la réalisation de celles-ci.	3 mois	
R16	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formation sur les spécificités des personnes accueillies.			
R11	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant, ni d'un livret d'accueil.	Recommandation 12 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant ainsi qu'un livret d'accueil.	2 mois	
R3	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 13 : Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière et établir des comptes rendus.	/	10/01/2024
R1	Les modalités d'intérim en l'absence de la directrice ne sont pas formalisées.	Recommandation 14 : Définir les modalités d'intérim en l'absence de la directrice.	/	10/01/2024
R2	Les 3 derniers comptes rendus des réunions avec l'organisme gestionnaire n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 15 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus des réunions avec l'organisme gestionnaire à la mission de contrôle.	/	10/01/2024