

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00258

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Berny Guiscard sis 48 rue du Château à GUISCARD (60640) 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 21 mai 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 7 novembre 2024.

Par courrier reçu le 28 novembre 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 Jean-Marie CAMUS
Président du Conseil d'Administration
EHPAD Berny Guiscard
Fondation Gerard de Berny
157 rue Hélène Versepuy
60640 GUISCARD

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 Delphine RINGARD, 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 Berny Guiscard à GUISCARD (60640) initié le 21 mai 2024.

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle <i>(par ordre de priorité)</i>		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'État d'aidesoignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription 1 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier aux glissements de tâches, et 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, et le respect de leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L. 3113 du CASF.	Dès réception du rapport	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire (<i>de jour et de nuit</i>), en termes de nombre des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3, 1° du CASF.			
E9	Au regard du manque de formation, d'outils institutionnels obsolètes, et de l'absence de vérification du bulletin de casier judiciaire national à l'embauche et de manière régulière, la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement,	Prescription 2 : Dans le cadre d'une démarche de prévention et lutte contre la maltraitance et d'amélioration continue de la qualité : - Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF ; - Renforcer la politique de	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
	contrairement aux dispositions des articles L. 311-8 et L. 133-6 du CASF et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	prévention et de lutte contre la maltraitance au sein des documents institutionnels conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 ;		
E14	Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles. - Réaliser un bilan annuel effectifs des réclamations et plaintes - Réaliser des formations relatives à la bientraitance - Réaliser des enquêtes de satisfaction globale 		
R4	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.			
R6	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.			
E12	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 3 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier au temps de travail insuffisant du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	5 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
E15	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 4 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, projet de soins, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	5 mois	
E5	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.			
E6	Le plan bleu 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.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
E7	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E8	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, ainsi qu'à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.			
E17	La réalisation d'un avenant dans un délai maximum de 6 mois, précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne accueillie, n'est pas mentionnée dans le contrat de séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
E12	Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	Prescription 5 : Transmettre un justificatif de formation du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	6 mois	
E18	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué a minima une fois par an, 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 D. 311 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	3 mois	
E19	Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels, dans la mesure			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
	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.			
E20	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune séparant le 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.	Prescription 7 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		28/11/2024
E2	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 8 : Réunir la commission de coordination gériatrique de manière régulière conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	En ne réunissant pas le conseil de la vie sociale trois par an, et en l'absence de signature des procèsverbaux de CVS par sa présidente, les modalités de fonctionnement du conseil de vie sociale contreviennent aux dispositions des articles D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 9 : Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale, conformément à la réglementation, au niveau de : <ul style="list-style-type: none"> - La signature des procèsverbaux - La conformité du règlement de fonctionnement - La périodicité des réunions 	3 mois	
E4	Le règlement intérieur n'est pas conforme aux dispositions du décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation.			
E16	Le rapport annuel d'activité médicale de l'année 2023 n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	Prescription 10 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
E1	La directrice ne dispose pas d'un document unique de délégation ce qui est contraire à l'article D. 312176-5 du CASF.	Prescription 11 : Etablir un document unique de délégation pour le directeur, conformément aux dispositions de l'article D. 312-176-5 du CASF.	2 mois	
R11	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 1 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	2 mois	
R14	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs au circuit du médicament, soins palliatifs et de fin de vie.	Recommandation 2 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs au circuit du médicament, soins palliatifs et de fin de vie en concertation avec les équipes.	3 mois	
R15	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	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 3 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R10	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la mission contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de sensibilisations internes/formations externes.	Recommandation 4 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives : <ul style="list-style-type: none"> - aux formations internes/externes réalisées. - à la sensibilisation du personnel à la déclaration des événements indésirables - à la formation sur les transmissions ciblées 	1 mois	
R13	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.			
R7	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		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	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de tâches notamment pour les AS et AVS.	Recommandation 5 : Etablir une fiche de tâches pour les AS et AVS.	1 mois	
R8	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 6 : Étudier les causes de l'absentéisme des équipes soignantes, 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 (<i>par ordre de priorité</i>)		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	Le contrat de travail et le diplôme de la directrice n'ont pas été remis à la mission de contrôle.	Recommandation 7 : Transmettre à la mission de contrôle : <ul style="list-style-type: none"> - Le contrat de travail, le diplôme et la fiche de poste de la directrice - Les modalités d'intérim en cas d'absence de la directrice 	1 mois	
R2	La fiche de poste de la directrice n'a pas été transmise à la mission de contrôle.			
R3	L'établissement n'a pas transmis les modalités d'intérim en cas d'absence de la directrice			