

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00341



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur le directeur
EHPAD Bléry
84 rue du Général Leclerc
60690 MARSEILLE-EN-BEAUVAISIS

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Bléry sis 84 rue du Général Leclerc à Marseille-en-Beauvaisis (60690) initié le 19 juillet 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD 84 rue du Général Leclerc à Marseille-en-Beauvaisis (60690) 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 19 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 18 décembre 2023.

En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courent à compter de la réception de la présente.

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

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre

Mesures correctives

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Bléry à MARSEILLE-EN-BEAUVAISIS (60690) initié le 19/07/2023

Ecart(s) (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre
E8 E10 E14	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.	P1 : Mettre fin aux glissements de tâches et prévoir quotidiennement les effectifs qualifiés suffisants afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents ainsi que leurs rythmes de vie conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF.	1 mois	
	L'inconstance et l'insuffisance 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 et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3, 1° du CASF.			
	Au regard de la charge de travail des professionnels 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.			
E7	En n'effectuant pas la vérification du diplôme ainsi que 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.	P2 : Vérifier systématiquement la nature des diplômes et l'extrait de casier judiciaire du personnel à l'embauche et renouveler de manière régulière les extraits de casiers judiciaires conformément à l'article L. 133-6 du CASF	1 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre
E9	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	P3 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	2 mois	
E11 R7	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.	P4 : Mettre en place une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance au sein de l'établissement, en organisant notamment des formations sur la thématique, en élaborant un protocole de signalement des actes de maltraitance aux autorités compétentes, y compris au Procureur de la République, et en sensibilisant régulièrement le personnel dès l'embauche.	5 mois	
	La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance n'est pas suffisamment déployée au sein de l'établissement.			
E2	En ne se réunissant pas au minimum trois fois par an, le fonctionnement du CVS n'est pas conforme à l'article D. 311-16 du CASF.	P5 : Réunir le Conseil de la Vie Sociale au minimum 3 fois par an conformément aux dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.	3 mois	
E3 E12	Le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.	P6 : Mettre en conformité le projet d'établissement selon l'article L.311-8 du CASF en : <ul style="list-style-type: none">- Précisant la date de consultation du CVS et de validation du Conseil d'Administration ;- Précisant les actions menées dans le cadre de la politique de prévention et lutte contre la maltraitance (gestion du personnel, formation) ;- Désignant une autorité extérieure à l'établissement à laquelle les personnes accueillies peuvent faire appel en cas de difficulté ;- y incluant un projet de soins conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
	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.			
E4	Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au	P7 : Mettre en conformité le plan bleu selon l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de	2 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre
	cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD notamment en le révisant minimum une fois par an.		
E5	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.	P8 : Etablir un règlement de fonctionnement conforme aux dispositions des articles R. 311-33 à R.311-37 du CASF.	4 mois	
E6	Le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 ainsi qu'aux dispositions de l'article D.311-39 du CASF.	P9 : Mettre à jour le livret d'accueil conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 ainsi qu'aux dispositions de l'article D.311-39 du CASF en : <ul style="list-style-type: none"> - mentionnant les actions mises en place par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ; - mentionnant le numéro des situations d'écoute de maltraitance et les coordonnées des autorités administratives ; - y annexant la charte des droits et des libertés de la personne accueillie ainsi que la notice d'information sur la personne de confiance 	4 mois	
E15	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°20151868 du 30 décembre 2015.	P10 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Immédiat	
E13	Le RAMA n'est pas conforme à l'article D. 312-158 alinéa 10.	P11 : Rédiger le RAMA 2023 avec le concours de l'équipe soignante, valoriser la démarche au sein du document, y retracer l'évolution de l'état de dépendance des résidents et le faire signer conjointement par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10.	3 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	P12 : Mettre en place une commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	4 mois	
R8 R24	<p>L'établissement n'a pas mis en place de démarche d'amélioration continue de la qualité.</p> <p>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.</p>	<p>R1 : Développer la démarche qualité au sein de l'établissement, notamment en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettant en place un système d'enregistrement et de suivi des réclamations ; - réalisant un bilan annuel de ses réclamations ; - relançant les enquêtes de satisfactions et en réalisant des bilans de ces enquêtes ; - réalisant des études sur les délais de réponses aux appels malades ; - réalisant des analyses des pratiques professionnelles ; - mettant en place un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité alimenté par les différents résultats obtenus. 	6 mois	
R9 R11 R10 R12	<p>L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables.</p> <p>L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclarations des événements indésirables graves et événements indésirables graves liés aux soins.</p> <p>Le personnel n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.</p> <p>L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.</p>	R2 : Formaliser une procédure de gestion interne des événements indésirables ainsi qu'une procédure de déclaration externe des déclarations indésirables en y prévoyant la réalisation de RETEX, former le personnel et en assurer une traçabilité.	3 mois	
R14	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une formation spécifique à l'encadrement.	R3 : Transmettre à la mission de contrôle l'attestation de formation suivie par l'IDEC.	2 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre
R19 R18 R20 R25 R27	<p>L'établissement ne dispose pas d'un plan de formation formalisé.</p> <p>En l'absence de transmission des feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations externes la formation du personnel n'est pas garantie.</p> <p>L'établissement ne réalise pas de façon régulières des sensibilisations internes.</p> <p>Le personnel n'est pas formé, au moment du contrôle, aux transmissions ciblées.</p> <p>Le personnel n'est pas formé aux protocoles ce qui peut entraver la prise en charge des résidents.</p>	<p>R4 : Formaliser un plan de formations du personnel comprenant à minima :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des formations relatives à la prévention et la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance ; - des sensibilisations internes sur les divers protocoles et procédures, notamment les protocoles de soins et les procédures de déclarations d'évènements indésirables ; - une formation relative aux transmissions ciblées. 	4 mois	
R22	En l'absence de transmission de la programmation annuelle des projets personnalisés, l'existence d'un projet personnalisé évalué périodiquement pour chaque résident n'est pas garantie.	R5 : Transmettre à la mission de contrôle un tableau reprenant la programmation annuelle des projets personnalisés afin de s'assurer que chaque résident dispose d'un projet personnalisé réévalué périodiquement et à minima une fois par an.	3 mois	
R26	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux changes, aux soins palliatifs, à la fin de vie, à la douleur et aux urgences.	R6 : Elaborer, en concertation avec les équipes, des protocoles relatifs aux changes, aux soins palliatifs, à la fin de vie, à la douleur et aux urgences.	6 mois	
R13 R21 R23	<p>L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.</p> <p>L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'admission formalisée.</p> <p>Les modalités d'élaboration du projet personnalisé ne sont pas formalisées.</p>	R7 : Formaliser la procédure d'accueil du nouvel arrivant, la procédure d'admission d'un nouveau résident ainsi que la procédure d'élaboration des projets personnalisés.	4 mois	
R3 R4	<p>Les modalités d'organisation des astreintes manquent de formalisme.</p> <p>Les modalités d'intérim ne sont pas définies et formalisées.</p>	R8 : Formaliser les modalités d'organisation des astreintes en précisant notamment l'identité des personnes assurant les astreintes de direction ainsi que les modalités d'intérim en cas d'absence du directeur.	1 mois	
R28	Les protocoles ne sont pas évalués de façon périodique.	R9 : Evaluer de façon périodique les protocoles.	12 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre
R5	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'établissement.	R10 : Mettre en place des réunions institutionnelles régulières de type CODIR au sein de l'établissement.	3 mois	
R2	La directrice d'établissement ne dispose pas d'une fiche de poste.	R11 : Mettre en place une fiche de poste pour la directrice.	1 mois	
R1	En l'absence de liens hiérarchiques et fonctionnels, l'organigramme, non daté, ne permet pas de rendre compte du fonctionnement interne de l'établissement.	R12 : Mettre à jour l'organigramme en faisant apparaître les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différents acteurs de l'établissement.	1 mois	
R15	L'établissement n'a pas transmis le taux d'absentéisme des effectifs soignants.	R13 : Transmettre à la mission de contrôle les taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants	1 mois	
R16	L'établissement n'a pas transmis le taux de turn over des effectifs soignants.			
R6	L'établissement n'a pas transmis de procès-verbal des élections du CVS.	R14 : Transmettre à la mission de contrôle le procès-verbal des élections du CVS.	1 mois	
R17	L'établissement n'a pas transmis les fiches de poste et de tâches infirmière.	R15 : Transmettre à la mission de contrôle les fiches de poste et de tâches infirmière.	1 mois	