

Le directeur général

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00274

Lille, le 23 FEV. 2024

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence de la Fontaine sis 32 route de Brenelle à BRAINE (02220) 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 29 juin 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 12 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 dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agréer, Madame la présidente, l'assurance de ma considération

Madame Christine JEANDEL
Présidente
Groupe Colisée
7, allée Haussmann
33300 BORDEAUX

distinguée.

Copie à Madame Melina PATRONELLI, 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 Résidence de la Fontaine à BRAINE (02220) initié le 29 juin 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 n°1 : Supprimer les 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 conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF.	1 mois	
E11	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 et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3, 1° du CASF.			
E1	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	Prescription n°2 : Recruter un médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-155-0 du CASF.	2 mois	
E8	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	Prescription n°3 : Mettre en place, conformément à la réglementation, un plan de formation qui comprendra notamment, et	2 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)
	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.	pour l'ensemble du personnel, des sensibilisations internes et des formations relatives à : - la prévention et la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance ; - les spécificités des personnes accueillies.		
R14	L'établissement ne prévoit pas régulièrement des sensibilisations internes.			
E3	Les comptes rendus du Conseil de la Vie Sociale ne sont pas signés par le président contrairement aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.	Prescription n°4 : Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale au niveau : - de la signature des comptes rendus par le président ; - du règlement intérieur.	1 mois	
R3	Le règlement intérieur du CVS est incomplet.			
E4	En l'absence de précisions sur la date de consultation du conseil de la vie sociale, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription n°5 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E5	En n'intégrant pas les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique dans le projet d'établissement, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
E6	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.			
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			

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)
	politique de lutte contre la maltraitance.			
E2	La commission de coordination gériatrique n'est pas active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription n°6 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	3 mois	
E12	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas conforme à l'article D. 312-158, alinéa 10.	Prescription n°7 : Réviser le RAMA conformément à la réglementation en vigueur en précisant la soumission pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire signer par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement.	3 mois	
E9	En ne renouvelant pas régulièrement pas les extraits de casier judiciaire et en ne vérifiant pas la nature du diplôme obtenu 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 n°8 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF, réviser et transmettre les qualifications du personnel à la mission de contrôle.	1 mois	
R2	Les rencontres entre la directrice de l'établissement et le gestionnaire ne sont pas organisées.	Recommandation n°1 : Mettre en place des réunions entre la directrice d'établissement et l'organisme gestionnaire et établir des comptes rendus.	3 mois	
R9	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation n°2 : Inscrire l'IDEC dans une formation dédiée à l'encadrement.	3 mois	
R4	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effective des réclamations et plaintes.	Recommandation n°3 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R5	Le bilan des enquêtes de satisfaction n'est pas formalisé.	Recommandation n°4 : Formaliser le bilan des enquêtes de satisfaction.	3 mois	
R6	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la	Recommandation n°5 : Rédiger un plan d'action dans le cadre d'une	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)
	qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions.	démarche d'amélioration continue de la qualité.		
R8	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation n°6 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.	3 mois	
R16	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 n°7 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	1 mois	
R15	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation n°8 : Mettre à jour la procédure d'admission.	1 mois	
R12	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de tâches notamment les IDE et AS de nuit.	Recommandation n°9 : Etablir la fiche de tâches pour les infirmiers et aides-soignants de nuit.	1 mois	
R1	L'organigramme n'est pas daté.	Recommandation n°10 : Dater l'organigramme.	1 mois	
R10	Le manque de précision concernant le taux d'absentéisme des effectifs soignants ne permet pas l'exploitation des données.	Recommandation n°11 : Transmettre le taux d'absentéisme et de turn-over des effectifs soignants.	1 mois	
R11	Le manque de précision concernant le taux de turn-over des effectifs soignants ne permet pas l'exploitation des données.			
R18	En l'absence de dates de mise à jour des protocoles dans le document transmis, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	Recommandation n°12 : Transmettre la liste des protocoles en vigueur avec date d'élaboration et de révision.	1 mois	
R7	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations internes sur la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation n°13 : Transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement sur les sensibilisations internes relatives à la déclaration des événements indésirables.	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)
R17	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.	Recommandation n°14 : Faire signer systématiquement lors de sensibilisations et formations des feuilles d'émargement et les transmettre à la mission de contrôle.	3 mois	
R13	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations internes/externes, la formation du personnel n'est pas garantie.	Recommandation n°15 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux formations internes/externes réalisées.	1 mois	