

Lille, le - 8 JAN. 2024

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00282

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Jean Sébastien
SCHWERTZ
Directeur général
EHPAD Notre-Dame de Bon Repos
Association Chemins d'Espérance
57, rue violet
75015 PARIS

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle sur pièces de l'EHPAD Notre-Dame de Bon Repos à Braine (02220) initié le 29 juin 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Notre-Dame de Bon Repos, sis 24, place du Général de Gaulle 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 correctives envisagées vous ont été notifiés le 9 novembre 2023. Par courrier reçu le 8 décembre 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.



Hugo GILARDI

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Chemins d'Espérance « Notre Dame de Bon Repos » à BRAINE (02220) initié le 29/06/2023

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	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 : 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	
E13	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.			

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)
E18	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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 2 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	/	08/12/2023
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.	6 mois	
E12	Au jour du contrôle, le médecin coordonnateur ne dispose pas 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 4 : Engager le médecin coordonnateur dans une formation afin de se conformer aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF	6 mois	
E10	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 5 : Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur et s'assurer que son temps de travail est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF	2 mois	
E11	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.			

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)
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, s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée et formaliser les modalités d'élaboration de ceux-ci.	3 mois	
R19	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 obtenu de 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.	Prescription 7 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF, 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	
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	

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)
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	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un livret d'accueil contrairement aux dispositions de l'article L. 311-4 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)
E14	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	
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 13 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D.311 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 : <ul style="list-style-type: none"> - 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 survenus au sein de l'établissement. 	3 mois	
R10	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue d'événements indésirables graves			
R18	La procédure d'admission n'est pas formalisée.	Recommandation 2 : Formaliser la procédure d'admission.	3 mois	
R17	Le RAMA de l'année 2022 n'a pas été remis à la mission de contrôle.	Recommandation 3 : Transmettre le RAMA de l'année 2022 à la mission de contrôle.	1 mois	
R22	Au jour du contrôle, la liste des protocoles avec la date de leur dernière mise à jour n'a pas été transmise à la mission de contrôle.	Recommandation 4:	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)
R24	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels aux protocoles n'est pas garantie.	<ul style="list-style-type: none"> - transmettre la liste des protocoles avec la date de leur dernière mise à jour ; - transmettre les feuilles d'émargement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes - Évaluer les protocoles de façon périodique. 		
R25	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.			
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 5 : 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	
R20	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 6 : 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 7 : 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 8 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	3 mois	
R21	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.	Recommandation 9 : 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	

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)
R14	Les personnels ne disposent pas de fiche de tâches.	Recommandation 10 : 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 11 : Transmettre les taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants des 3 dernières années à la mission de contrôle.	/	08/12/2023
R13	Le taux de turn over des effectifs soignants des 3 dernières années n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
R15	En l'absence de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations internes/externes, la formation du personnel n'est pas garantie.	Recommandation 12 : Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies et transmettre les feuilles d'émargement attestant la réalisation de celles-ci.	6 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 13 : 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 14 : Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière et établir des comptes rendus.	/	08/12/2023
R1	Les modalités d'intérim en l'absence de la directrice ne sont pas formalisées.	Recommandation 15 : Définir les modalités d'intérim en l'absence de la directrice.	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)
R2	Les 3 derniers comptes rendus des réunions avec l'organisme gestionnaire n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 16 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus des réunions avec l'organisme gestionnaire à la mission de contrôle.	/	08/12/2023