

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00293



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Emilie THEPAULT
Directrice Adjointe Déléguée
EHPAD de Bizy
272 rue Isidore de Pommery
CUTS 60400

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD de Bizy sis 272 rue Isidore de Pommery à CUTS (60400) initié le 03/07/2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD de Bizy sis 272 rue Isidore de Pommery à CUTS (60400) 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 03/07/2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 08/12/2023.

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 à mettre en œuvre
Contrôle sur pièces de l'EHPAD de BIZY à CUTS (60400) initié le 03/07/2023

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)
E7	L'inconstance des effectifs présents le jour, en nombre et en qualification, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement sécurisé et de qualité, ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	Prescription 1 : 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 et mettre fin aux glissements de tâches.	1 mois	
E12	Au regard de la charge de travail du personnel, et dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas, au jour du contrôle, d'un projet personnalisé, 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)
E13	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 2 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
E6	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 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D.312-156 du CASF.	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)
E5	En ne renouvelant pas régulièrement le bulletin du casier judiciaire national des agents, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 4 : Renouveler régulièrement les extraits de casiers judiciaires conformément aux dispositions de l'article L133-6 du CASF	1 mois	
E11	L'ensemble des résidents 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 5 : 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.	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)
E4	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, l'établissement n'a pas mis en place et formalisé une politique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance.	Prescription 6 : Mettre en place au sein de l'établissement et formaliser une politique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance à destination de l'ensemble de ses employés, conformément à la réglementation	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)
E2	En n'ayant pas consulté l'instance représentative du personnel et en ne définissant pas une périodicité de modification du règlement de fonctionnement (maximum 5 ans), celui-ci contrevient aux dispositions des articles L. 311-7 et R. 311-33 du CASF.	Prescription 7 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées : <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en conformité le règlement de fonctionnement ; - Formaliser un projet d'établissement et un projet de soins en vigueur ; - Réviser le livret d'accueil ; - Réviser le contrat de séjour. 	6 mois	
E1	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 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)
E3	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et sur le numéro dédié à l'écoute des situations de maltraitance et les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E8	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.			
E10	En ne mentionnant pas les conditions d'élaboration de l'avenant et la date de consultation du CVS, le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 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)
E9	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'a pas été soumis à la commission de coordination gériatrique.	Prescription 8 : Soumettre le RAMA pour validation à la commission de coordination gériatrique, conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF	3 mois	
R1	En l'absence de compte-rendu ou autre document attestant l'activité de la commission de coordination gériatrique, la mission de contrôle ne peut garantir l'effectivité de celle-ci.	Recommandation 1 : Transmettre à la mission contrôle les 3 derniers comptes rendu de réunion de la commission de coordination gériatrique ou à défaut mettre en place et formaliser des comptes rendu suite aux réunions de la commission de coordination gériatrique.	1 mois	
R12	Les dispositifs d'appel malade ne sont pas accessibles et en état de marche.	Recommandation 2 : Remettre en état de marche les dispositifs d'appel malade.	Dès réception du rapport	

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	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux thématiques suivantes : contentions, nutrition, changes et prévention de l'incontinence, douleur, soins palliatifs, fin de vie et prise en charge des crises suicidaires.	Recommandation 3 : Formaliser des protocoles relatifs aux thématiques suivantes : contentions, nutrition, changes et prévention de l'incontinence, douleur, soins palliatifs, fin de vie et prise en charge des crises suicidaires.	2 mois	
R6	Le cadre de santé ne dispose pas de formation spécifique lui permettant d'exercer ses fonctions.	Recommandation 4 : Engager le cadre de santé dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	3 mois	
R3	L'établissement ne réalise pas d'analyse des pratiques professionnelles dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prises en soins.	Recommandation 5 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	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)
R7	L'organisation des soins infirmiers ayant évolué, la mission contrôle ne peut se baser sur les données transmises dans le cadre de l'analyse des plannings de soins IDE.	Recommandation 6 : Transmettre et justifier la nouvelle organisation des soins infirmiers mise en place au sein de l'établissement la semaine et le weekend.	1 mois	
R5	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant, ni d'un livret d'accueil.	Recommandation 7 : Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	2 mois	
R13	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 8 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	1 mois	
R2	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel des plaintes et réclamations des usagers.	Recommandation 9 : Réaliser un bilan annuel des plaintes et réclamations des usagers.	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)
R11	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 10 : Réviser la procédure d'admission.	1 mois	
R4	L'établissement n'a pas transmis la procédure de déclaration externe des événements indésirables.	Recommandation 11 : Transmettre à la mission contrôle la procédure de déclaration externe des événements indésirables.	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.	Recommandation 12 : Transmettre à la mission contrôle l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux sensibilisations et formations internes.	1 mois	
R15	En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.	Recommandation 13 : Mettre en place des feuilles d'émargement lors de l'organisation de sensibilisations internes sur les protocoles.	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)
R8	Les taux d'absentéisme et de turn-over des années 2020, 2021 et 2022 n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 14 : Transmettre les taux d'absentéisme et de turn-over des années 2020, 2021 et 2022 à la mission contrôle.	1 mois	
R9	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de tâches.	Recommandation 15 : Formaliser des fiches de tâches pour l'ensemble des professionnels.	3 mois	