

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00038



Lille, le **05 SEP. 2023**

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Emilie THEPAULT
Directrice de l'EHPAD
Bellifontaine
9, rue de Noyon
60310 Beaulieu-les-Fontaines

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Bellifontaine sis 9, rue de Noyon à Beaulieu-les-Fontaines (60310) initié le 27 mars 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Bellifontaine sis 9, rue de Noyon à Beaulieu-les-Fontaines (60310) 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 27 mars 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 5 juin 2023.

Par courrier reçu le 6 juillet 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.



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 Bellifontaine à BEAULIEU-LES-FONTAINES (60310) initié le 27/03/2023

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)
E.8	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. 311-3-3° du CASF.	P.1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir la qualité et la sécurité 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	
E.9	Les modalités de surveillance de l'UVA la nuit sont insuffisamment organisées, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 1° du CASF.			
E.7	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	P.2 : Mettre fin aux glissements de tâches.	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)
	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.			

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)
E.12	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.	P.3 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du courrier	
E.6	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.	P.4 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D.312-156 du CASF.	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)
E.5	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier 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.	P.5 : Transmettre les casiers judiciaires des personnels soignants de l'établissement à la mission de contrôle.	3 mois	
E.2	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.	P.6 : Elaborer et rédiger un projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	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)
E.10	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur au jour du contrôle, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	P.7 : Etablir le projet de soins de l'établissement conformément à l'article D. 32-158 du CASF.	6 mois	
E.1	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, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	P.8 : Réunir la commission de coordination gériatrique et établir les comptes rendus ou autre document conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	4 mois	
E.11	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement, ni soumis à la commission de coordination gériatrique.	P.9 : Soumettre le dernier RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire signer conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur conformément à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	4 mois	
E.3	En n'ayant pas consulté l'instance représentative du personnel et en ne définissant pas une périodicité de modification du règlement de	P.10 : Consulter l'instance représentative du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement et inclure la périodicité de modification conformément à l'article R. 311-33 du CASF.	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)
	fonctionnement (maximum 5 ans), celui-ci contrevient aux dispositions des articles L. 311-7 et R. 311-33 du CASF.			
E.4	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.	P.11 : Mettre en conformité le livret d'accueil en incluant les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ainsi que les coordonnées téléphoniques des autorités administratives conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	2 mois	
R.13	Chaque résident ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an.	R.1 : Réévaluer les projets personnalisés des résidents a minima une fois par an.	3 mois	
R.14	Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels, dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé au jour du contrôle.			
R.3	L'établissement n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction depuis 3 ans.	R.2 : Réaliser une enquête de satisfaction de façon annuelle.		

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)
R.1	L'établissement ne dispose de protocole de prévention de lutte contre la maltraitance.	R.3 : Etablir les protocoles relatifs aux thématiques suivantes : prévention de lutte contre la maltraitance, contentions, nutrition, changes et prévention de l'incontinence, douleur, soins palliatifs, fin de vie et prise en charge des crises suicidaires, organiser des sensibilisations régulières sur les protocoles internes et mettre en place un émargement systématique.	4 mois	
R.17	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.			
R.18	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.			
R.12	L'établissement ne dispose pas de procédure d'admission effective au jour du contrôle.	R.4 : Etablir la procédure d'admission.	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)
R.7	Le cadre de santé ne dispose pas de formation spécifique au métier de l'encadrement.	R.5 : Engager le cadre de santé dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	6 mois	
R.4	L'établissement n'a pas transmis la procédure de déclaration externe des événements indésirables.	R.6 : Transmettre la procédure de déclaration externe des événements indésirables.	1 mois	
R.9	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme des équipes élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	R.7 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		

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)
R.6	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche de poste précisant les missions qui lui sont confiées au regard de l'article D. 312-158 du CASF.	R.8 : Rédiger les fiches de poste du médecin coordonnateur et de la cadre de santé.		
R.8	Le cadre de santé ne dispose pas de fiche de poste.			
R.2	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel des plaintes et réclamations des usagers.	R.9 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	4 mois	
R.15	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.	R.10 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	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)
R.5	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant, ni d'un livret d'accueil.	R.11 : Etablir la procédure d'accueil du nouvel arrivant et le livret d'accueil.	4 mois	
R.10	Le taux de turn over des équipes n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	R.12 : Transmettre le taux de turn over des équipes à la mission de contrôle.	1 mois	
R.16	L'établissement n'organise pas de sensibilisation relative aux transmissions ciblées à destination des professionnels.	R.13 : Organiser des sensibilisations relatives aux transmissions ciblées à destination du personnel.	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)
R.11	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la mission contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de sensibilisations internes.	R.14 : Faire signer systématiquement lors de formations et sensibilisations internes des feuilles de présence et les transmettre à la mission de contrôle.		