

Lille, le **05 DEC. 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00271



Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Abdelkrim KORDJANI
Directeur général de l'EPSM L'Âge
Bleu
85 bis rue du Général Leclerc
60250 MOUY

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD de Bresles « La Mare Brûlée » sis 4 rue Lamartine à BRESLES (60510) initié le 29 juin 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD de Bresles « La Mare Brûlée » sis 4 rue Lamartine à BRESLES (60510) 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 25 septembre 2023.

Par courrier reçu le 3 novembre, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

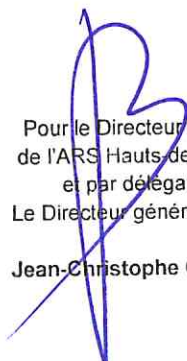
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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 « La Mare Brûlée » à BRESLES (60510) initié le 29 juin 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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 ASH ; 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 afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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	La fiche de poste du médecin coordonnateur transmise par l'établissement ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 3 : Actualiser et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant l'ensemble des missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF.		03/11/2023
E1	La commission de coordination gériatrique n'a pas été réunie depuis 2020 contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription 4 : Réunir de nouveau la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	4 mois	
E11	Le projet de soins n'a pas été élaboré par le médecin coordonnateur ce qui contrevient à l'article D. 312-158-1 du CASF.	Prescription 5 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois	
E12	Le RAMA n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique contrairement à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 6 : Soumettre le RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	4 mois	
E7	Les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	Prescription 7 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.		03/11/2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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	L'établissement ne dispose pas d'un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire et climatique formalisé et annexé au projet d'établissement contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 8 : Etablir un plan bleu et l'annexer au projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	6 mois	
E3	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation pour la validation du projet d'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 9 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E5	En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement en vigueur de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E6	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, sur les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance, de l'ARS et du Conseil Départemental, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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	La composition du CVS n'étant pas conforme et en ne réunissant pas systématiquement le CVS trois fois par an, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D. 311-5 et D. 311-16 du CASF.	Prescription 10 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : <ul style="list-style-type: none"> - révisant la composition du CVS conformément à l'article D. 311-5 du CASF. - réunissant le CVS au minimum 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF. - mettant à jour le règlement intérieur du CVS. 	3 mois	
R1	Le règlement intérieur du CVS n'est pas mis à jour.			
R2	L'établissement ne réalise pas d'enquêtes de satisfaction de manière régulière et ne dispose pas d'un plan global reprenant les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 1 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière et rédiger un plan d'action concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R4	L'établissement a renseigné des taux d'absentéisme et de turn over élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 2 : Etudier les causes de l'absentéisme et du turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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)
R6	Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées.	Recommandation 3 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R7	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux contentions, aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 4 : Etablir les protocoles relatifs aux contentions, aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.		03/11/2023
R5	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 5 : Compléter la procédure d'admission.	3 mois	
R3	Les procédures ne mentionnent pas la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.	Recommandation 6 : Mettre à jour les procédures de gestion des événements indésirables en mentionnant la réalisation de RETEX.		03/11/2023

