

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00325



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Agnès BEAUMONT
directrice
EHPAD Montmorency
16 rue d'Amiens
60120 BRETEUIL

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Montmorency, sis 16 rue d'Amiens à BRETEUIL (60120) initié le 7 juillet 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 202 3, l'EHPAD Montmorency, sis 16 rue d'Amiens à BRETEUIL (60120) 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 7 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 14 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 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 Montmorency à BRETEUIL (60120) initié le 07 juillet 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)
E8	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'État 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 prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, de jour comme de nuit, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents et le respecter leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	1 mois	
E9	L'inconstance des effectifs présents en termes de nombre et de qualification des agents, le jour et la nuit, 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 L311-3-3° du CASF.			
E13	Au regard de la charge de travail des professionnels soignants, les conditions de réalisation des soins de nursing ne sont pas satisfaisantes et ne permettent pas de respecter le rythme de vie des résidents au sens 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)
E7	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 présence du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	3 mois	
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique de manière régulière, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 3 : Réunir régulièrement la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF	4 mois	
E10	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 4 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation et être intégré dans le projet d'établissement en application des articles D.312-158 du CASF.	6 mois	
E11	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.	Prescription 5 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF	3 mois	
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-8, D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 6 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément aux dispositions des articles D. 311-8, D. 311-16 et D. 311-20 du CASF et transmettre le règlement		

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)
R4	Le règlement intérieur du CVS n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	intérieur du CVS à la mission de contrôle.	3 mois	
E12	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	Prescription 7 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF.	3 mois	
E3	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.	Prescription 8 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le plan bleu, le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires	6 mois	
E4	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement, ce qui contrevient à l'article D. 312-160 du CASF.			
E5	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.			
E6	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et sur les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
R18	Les projets de vie individualisés des résidents ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 1 : Formaliser une procédure d'élaboration des projets personnalisés et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets est réalisée.		

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)
R19	Les modalités d'élaboration du projet personnalisé ne sont pas formalisées.		3 mois	
R10	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables.	Recommandation 2 : <ul style="list-style-type: none"> - Rédiger une procédure de gestion interne des événements indésirables - 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	
R11	L'établissement n'organise pas de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.			
R12	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables.			
R5	La politique de prévention de la maltraitance n'est pas suffisamment développée au sein de l'établissement.	Recommandation 3 : Déployer davantage au sein de l'établissement les politiques de prévention/lutte contre la maltraitance et d'amélioration continue de la qualité, en : <ul style="list-style-type: none"> - réalisant un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers ; - réalisant des enquêtes de satisfaction globale de manière régulière ; - mettant en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles ; - en rédigeant un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance 	6 mois	
R7	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel des réclamations et plaintes.			
R8	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.			
R9	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.			

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)
R6	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 4 : 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.	6 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.			
R17	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 5 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	2 mois	
R22	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement, à l'hydratation/nutrition, aux soins palliatifs, à la fin de vie et au circuit du médicament.	Recommandation 6 : <ul style="list-style-type: none"> - Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement, à l'hydratation/nutrition, aux soins palliatifs, à la fin de vie et au circuit du médicament ; - Former le personnel et transmettre les feuilles d'émargement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes ; - Évaluer les protocoles de façon périodique. 	3 mois	
R23	Le personnel n'est pas formé aux protocoles.			
R24	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement			
R21	En l'absence d'éléments transmis, la mission de contrôle ne peut constater si le personnel est formé aux transmissions ciblées.	Recommandation 7 : 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	L'IDEC ne dispose pas au jour du contrôle de formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 8 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement	3 mois	
R16	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de poste.	Recommandation 9 : Rédiger des fiches de poste pour toutes les catégories professionnelles.	1 mois	
R1	La directrice ne dispose pas de fiche de poste.			
R13	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 10 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	2 mois	
R15	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 11 : Etudier les causes de l'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R2	Les modalités d'intérim en l'absence de la directrice ne sont pas définies.	Recommandation 12 : Définir les modalités d'intérim en l'absence de la directrice.	1 mois	
R3	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 13 : Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière et établir des comptes rendus.	2 mois	