

Lille, le 25 AOUT 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00042

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Christophe BLANCHARD
Directeur général du CH de
Chauny
94, rue des anciens combattants
d'AFN et TOM
02300 Chauny

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Fontenelle et Trémolières sis au 94, square des anciens combattants à Chauny (02300), initié le 30 mars 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Fontenelle et Trémolières sis au 94, square des anciens combattants à Chauny (02300) 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 30 mars 2023.

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

Par courrier reçu le 28 juillet 2023, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

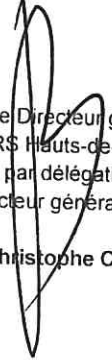
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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 Fontenelle et Trémolières à Chauny (02300) initié le 30/03/2023

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.10	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 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.	P.1 : Mettre fin aux glissements de tâches afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents.	1 mois	
E.14	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.2 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception de la lettre de notification des mesures correctives	

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.13	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé révisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	P.3 : Réviser les projets personnalisés des résidents de façon périodique conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et réviser la procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé.	2 mois	
R.10	La procédure relative à l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé n'est pas établie.			
E.8	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	P.4 : Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.		
E.9	Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0,80 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	P.5 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	2 mois	
E.11	L'EHPAD ne dispose pas d'un projet général de soins en vigueur au jour du contrôle, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	P.6 : Etablir le projet d'établissement ainsi que le projet de soins conformément aux articles D. 312-158 du CASF et L. 311-8 du CASF.	6 mois	
E.3	L'EHPAD ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité au jour du contrôle, 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)
E.4	En l'absence de transmission du plan bleu, la mission de contrôle ne peut s'assurer que l'établissement dispose d'un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	P.7 : Transmettre le plan bleu de l'établissement en vigueur.		
E.7	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national et des qualifications 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 (cf. annexe 3).	P.8 : Transmettre les casiers judiciaires et les qualifications du personnel soignants de l'établissement à la mission de contrôle.		
R.3	La mission de contrôle constate que les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés (cf. annexe 3).			
E.2	En l'absence de transmission des comptes rendus de CVS, la mission de contrôle ne peut garantir la tenue régulière de CVS contrairement aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.	P.9 : Transmettre les comptes rendus de CVS.	4 mois	
E.1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	P.10 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	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)
E.6	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 les documents institutionnels (livret d'accueil et règlement de fonctionnement) conformément aux dispositions réglementaires.	3 mois	
E.5	En ne définissant pas une périodicité de modification du règlement de fonctionnement (maximum 5 ans) et 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 R. 311-33 du CASF.			
E.12	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	P.12 : 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	
R.2	Les modalités d'intérim en l'absence de la directrice d'établissement ne sont pas établies.	R.1 : Etablir les modalités d'intérim en l'absence de la directrice d'établissement.		
R.5	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction annuellement.	R.2 : Réaliser une enquête de satisfaction chaque année à destination 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)
R.4	L'établissement ne dispose pas d'un bilan annuel des réclamations formalisé pour les deux dernières années.	R.3 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R.7	Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une fiche poste précisant les missions qui lui sont confiées conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	R.4 : Etablir les fiches de poste du médecin coordonnateur, de l'IDEC et de la cadre de santé, ainsi que l'ensemble des fiches de tâches de l'ensemble du personnel soignant.	3 mois	
R.8	La fiche de poste de la cadre de santé et de l'IDEC n'est pas établie.			
R.9	L'ensemble du personnel soignant de jour et de nuit ne dispose pas de fiches de tâches.			
R.13	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, soins palliatifs, circuit du médicament, ainsi que sur les changes et la prévention de l'incontinence.	R.5 : Etablir les protocoles relatifs aux troubles du comportement, soins palliatifs, circuit du médicament, ainsi que sur les changes et la prévention de l'incontinence, organiser des formations sur les protocoles en interne et s'assurer d'un émargement systématique.	4 mois	
R.14	L'établissement n'organise pas de formations sur les protocoles internes à destination du personnel.			
R.12	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.			
R.6	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant, ni d'un livret d'accueil.	R.6 : Etablir la procédure d'accueil du nouvel arrivant et du livret d'accueil.	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)
R.11	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.7 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	2 mois	
R.1	L'établissement ne dispose pas d'organigramme spécifique aux activités médico-sociales.	R.8 : Etablir l'organigramme spécifique aux activités médico-sociales.		