



Le Directeur général



**Le Président du Conseil départemental
de l'Aisne
Direction des Politiques d'Autonomie
et de la Solidarité**

Réf : SDSI/D3SE-AC - Direction de la Sécurité Sanitaire et
de la Santé Environnementale-AS
Mission N° : 2023_HDF_00219



EHPAD « Bellevue »
Madame la directrice
Rue Bellevue
02 410 SAINT-GOBAIN

Lille, le

LETRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la directrice,

Dans le cadre du programme régional d'inspection/contrôle pour l'année 2023, nous avons conjointement décidé de diligenter une inspection au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Bellevue », situé rue Bellevue à ST GOBAIN (02 410), en application des articles L.313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

Le rapport subséquent ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 11/08/2023.

Par courriel et par courrier reçus successivement par nos services les 17 et 18/08/2023, vous avez présenté vos observations concernant les documents susmentionnés.

Au regard de ces éléments, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification à son rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

A ce titre, nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais fixés à compter de la notification de la présente, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par le pôle de proximité territorial de la direction de l'offre médico-sociale, qui est en charge du suivi de votre établissement. Ainsi, vous lui transmettez, dans le respect des échéances fixées, le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues dans le respect des délais fixés, accompagné des pièces justificatives nécessaires.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Nous vous prions de croire, Madame la directrice, en l'assurance de notre considération distinguée.

Pièce jointe : Tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre

Mesures correctives à mettre en œuvre
Inspection du 16 juin 2023 de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Bellevue », situé rue Bellevue à SAINT-GOBAIN (02410).

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés de la fiche de synthèse		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
	Ecart	Prescriptions		
E7	L'état de l'espace de promenade extérieur ne permet pas de garantir aux résidents un cadre sécurisé conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	P1 : Veiller à la sécurisation des déambulations des résidents dans l'ensemble des espaces extérieurs de l'établissement.	Immédiat	
E1	L'absence de registre est contraire aux dispositions figurant aux articles L. 331-2 et R. 331-5 du CASF.	P2 : Mettre en place un registre des entrées et sorties des résidents conforme aux textes en vigueur.	Immédiat	
E2	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement conforme aux dispositions figurant à l'article L.311-8 du CASF.	P3 : Etablir un projet d'établissement conforme aux textes en vigueur.	9 mois	
E3	Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans les locaux de l'établissement conformément aux dispositions figurant à l'article R.311-34 du CASF.	P4 : Afficher le règlement de fonctionnement dans l'établissement.		
E4	En ne précisant pas suffisamment les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, en ne comportant pas le numéro d'appel pour les situations de maltraitance, ni les coordonnées des autorités administratives, ni la notice d'information mentionnée à l'article D. 311-0-4 du CASF, ni la liste des personnes qualifiées, le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions mentionnées à l'article D. 311-39 du même code, à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance et aux recommandations de la HAS. Par ailleurs, celui-ci n'a pas été actualisé.	P5 : Actualiser le livret d'accueil conformément à la réglementation en vigueur.	1 mois	
E5	L'absence de traçabilité satisfaisante et de procédure de gestion des EI ne permet pas une gestion acceptable des signalements, ce qui ne respecte pas les obligations prévues aux articles L.331-8-1, R. 331-8 et suivants du CASF et est contraire aux recommandations de la HAS.	P6 : Formaliser et mettre en place une procédure de gestion des EI afin de garantir une traçabilité systématique des signalements.	3 mois	
E6	L'état dégradé de propreté des communs ne permet pas de garantir une qualité de prise en charge acceptable des résidents, au sens de l'article L. 311-3 du CASF et des recommandations de la HAS.	P7 : Veiller à la stricte propreté des communs et à la traçabilité systématique des opérations réalisées.	Immédiat	
E8	L'absence de fermeture systématique des portes des locaux techniques ne permet pas de garantir aux résidents un cadre sécurisé conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	P8 : Veiller à la fermeture à clef systématique des portes des locaux techniques.	Immédiat	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés de la fiche de synthèse		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
E9	Les systèmes d'appel ne sont pas accessibles en tous points des pièces concernées et sont hors d'usage, ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des résidents et est contraire à l'article L. 311-3 du CASF et aux recommandations de la HAS.	P9 : Veiller à ce que l'ensemble des dispositifs d'appel malade soient opérationnels et accessibles.	Immédiat	
E10	L'établissement n'élabore pas de projets de vie individualisés pour ses résidents de manière concertée avec les résidents et leurs familles, ce qui est contraire aux dispositions des articles L.311-3 et D. 312-155-0 du CASF et aux recommandations de la HAS.	P10 : Elaborer un projet de vie individualisé pour chaque résident de manière concertée avec les résidents concernés et leurs familles.	9 mois	
E11	L'établissement n'actualise pas l'ensemble des projets de vie individualisés pour ses résidents de manière concertée avec les résidents et leurs familles, ce qui est contraire aux dispositions des articles L.311-3 et D. 312-155-0 du CASF et aux recommandations de la HAS.	P11 : Actualiser le projet de vie individualisé de chaque résident de manière concertée avec les résidents concernés et leurs familles.	9 mois	
E12	L'absence de surveillance et d'aide des résidents par du personnel qualifié lors de la prise des repas présente un risque pour la sécurité des résidents et ne permet pas de garantir une qualité de prise en charge adaptée au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	P12 : Veiller à la mise en place d'une surveillance et d'une aide systématique des résidents par du personnel qualifié lors de la prise des repas.	Immédiat	
E13	L'absence de traçabilité de l'hydratation des résidents ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge satisfaisante au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	P13 : Mettre en place et formaliser systématiquement la traçabilité de l'hydratation des résidents.	Immédiat	
E14	Le temps de présence du médecin coordonnateur de 0,2 ETP n'est pas conforme aux dispositions figurant à l'article D.312-156 du CASF.	P14 : Veiller à ce que le temps de présence du médecin coordonnateur soit à hauteur de 0,6 ETP.	3 mois	
E15	Le droit à la confidentialité des informations concernant les résidents n'est pas garanti, ce qui est contraire aux dispositions figurant à l'article L. 311-3 du CASF.	P15 : Veiller à la stricte confidentialité (accès strictement limité aux personnes habilités) des données médicales des résidents conformément à la réglementation en vigueur.	Immédiat	
E16	En ne prenant pas toutes les précautions en leur pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'elles sont appelées à utiliser dans le cadre de leur exercice professionnel, les infirmières de l'EHPAD ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent, telles que prévues à l'article R. 4312-39 du CSP.	P16 : Veiller au strict respect des dispositions figurant à l'article R. 4312-39 du CSP.	Immédiat	
E17	Le manque de suivi de la traçabilité de températures du réfrigérateur et l'absence de procédure associée définissant les conduites à tenir en cas de non-conformité des températures relevées, ne permettent pas de garantir une conservation des spécialités pharmaceutiques thermosensibles à une température stabilisée/adaptée, conforme aux autorisations de mise sur le marché (AMM) des médicaments stockés (conservation entre +2°C et +8°C). Ceci ne permet pas de garantir un niveau de sécurisation satisfaisant, conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	P17 : Etablir une procédure formalisée de gestion des médicaments thermosensibles en lien avec l'officine.		

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés de la fiche de synthèse		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
E18	L'absence d'outils de suivi et de traçabilité du contenu du chariot d'urgence, de même que l'irrégularité de sa vérification/entretien ne permet pas de garantir un niveau de sécurité satisfaisant au sens de l'article L. 3111-3 du CASF.	P18 : Mettre en place un suivi effectif et régulier (outils de suivi et de traçabilité) du contenu du chariot d'urgence.		
	Remarques	Recommandations		
R1	Le manque de démarche formalisée structurante suffisante de la part de la direction en vue de favoriser une réflexion collective est contraire aux recommandations de la HAS.	R1 : Mettre en place une démarche formalisée structurante suffisante pérenne en vue de favoriser une réflexion collective (réunions thématiques, bientraitance, groupes de travail, actualisation des protocoles, ...).	3 mois	
R2	L'absence d'instance de supervision, de groupes de parole ou d'analyse de pratiques, hors présence de la hiérarchie, ne favorise pas l'expression des personnels et ne répond pas aux recommandations de la HAS.	R2 : Mettre en place des instances de supervision, des groupes de parole ou d'analyse de pratiques.	3 mois	
R3	L'absence de charte de bientraitance est contraire aux recommandations de la HAS.	R3 : Etablir une charte de bientraitance.	6 mois	
R4	En l'absence de traçabilité et d'analyse globale régulière, l'organisation de la gestion des événements indésirables n'est pas exhaustive et ne permet ni un suivi de qualité ni la mise en place de mesures correctives appropriées garantissant la sécurité des résidents contrairement aux recommandations de la HAS.	R4 : Mettre en place une traçabilité et une analyse globale régulière des EI.	3 mois	
R5	En l'absence d'une gestion rigoureuse des réclamations des familles formalisée et tracée, telle que recommandée par la HAS, l'établissement ne dispose pas d'une véritable politique de gestion du risque.	R5 : Mettre en place une organisation et une traçabilité systématique des réclamations et de leur traitement (tableau de suivi, ...).	3 mois	
R6	Les IDE ne sont pas associées aux transmissions du soir.	R6 : Intégrer les IDE à l'ensemble des transmissions orales.	1 mois	
R7	Au 1er étage, les plannings des douches/toilettes des résidents, de réfection des lits et le tableau de surveillance des selles sont scotchés à même le mur d'un local ouvert (ancienne douche commune désaffectée et encombrée), ce qui n'est pas satisfaisant.	R7 : Veiller à un affichage dans un lieu adapté (salle de soins, ...) des plannings des douches/toilettes des résidents, de réfection des lits et le tableau de surveillance des selles.		