

Dijon, le **21 MAI 2024**

Le directeur général de l'agence régionale de santé de
Bourgogne-Franche-Comté

à

Monsieur le Président du centre intercommunal d'action
sociale

101, avenue de la République

71 210 MONTCHANIN

RAR N° 2C 182 939 7454 0

Objet : notification des mesures définitives suite au contrôle sur pièces réalisé au titre des articles L313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles – N° FINESS: 71 097 467 6 – EHPAD LA ROSERAIE – MONTCHANIN (71)

PJ : tableau des mesures définitives

A la suite du contrôle sur pièces de l'établissement visé en objet dont vous assurez la gestion, je vous ai adressé, par lettre du 11 avril 2024, les mesures correctives envisagées ainsi que le rapport de la mission de contrôle.

Dans le cadre de la procédure contradictoire et en application des articles L.121-1 et L.122-1 du code des relations entre le public et l'administration, un délai de 15 jours vous a été accordé afin de me faire connaître vos observations sur les mesures et vos commentaires éventuels sur le rapport.

J'accuse réception de votre réponse déposée le 3 mai 2024.

Après analyse par la mission de contrôle des observations et éléments que vous avez portés à ma connaissance, je vous notifie les mesures définitives relatives aux prescriptions et recommandations que vous trouverez rassemblées dans le tableau joint en annexe.

Je note votre volonté de prendre en compte et de mettre en œuvre ces mesures afin de garantir pleinement au sein de votre structure, les conditions d'organisation et de fonctionnement assurant la santé et la sécurité des résidents et de prévenir la survenue de dysfonctionnements. Je vous invite vivement à poursuivre dans ce sens en portant une attention particulière à l'appropriation par les professionnels, des outils et procédures pour la prévention de la maltraitance et le signalement des événements indésirables ainsi qu'à la communication avec les usagers par le biais du conseil de la vie sociale.

.../...



Les mesures notifiées feront l'objet d'un suivi par mes services et plus particulièrement par :



A toutes fins utiles, je vous invite à consulter le site internet de l'ARS où une boîte à outils a été élaborée en partenariat avec les structures régionales d'appui pour la semaine de la sécurité des patients 2023. Elle comporte notamment **un kit de signalement et de la déclaration des événements indésirables associés ou non aux soins**. Cet outil est à votre disposition dans le but de vous aider à déployer ou à conforter cette démarche dans votre structure et à sensibiliser les professionnels au signalement.

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/boite-outils-ssp>

Vous pouvez également vous appuyer sur les outils mis en place au niveau national et relatifs à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance :

<https://solidarites.gouv.fr/promouvoir-la-bientraitance-pour-prevenir-la-maltraitance-kit-de-formation-en-ligne>

<https://handicap.gouv.fr/mieux-prevenir-et-empecher-les-maltraitements-sur-personnes-vulnerables>

La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de 2 mois :

- d'un recours gracieux à mon attention,
- d'un recours hiérarchique auprès de la Ministre du travail, de la santé et des solidarités,
- d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Dijon. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application Télérecours citoyens accessible par le site internet <http://www.telerecours.fr>

Le directeur général,



Copies à :

Madame la Directrice
EHPAD La Roseraie
67, rue Jean Jaurès
71 210 MONTCHANIN

Monsieur le Président
Conseil départemental de Saône-et-Loire
Direction générale adjointe Solidarités
Hôtel du département
CS70126
71 023 MACON cedex 9

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

Inspectrice

Nom établissement	SHPAD LA ROSERAIE	FINESSE	71 097 467 6
Adresse	67, rue Jean Jaurès		
Code postal	71 210	Commune	MONTECHANIN

N°	§	Libellé	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Levée O/N/ Abandonnée	Date de la levée	Décision
1		<p>Dans le cadre d'une politique de prévention et de gestion des risques structurée impliquant l'ensemble des professionnels de l'établissement, je vous demande de :</p> <p>1° Reposer préalablement sous un mode participatif, les définitions des événements indésirables, événements indésirables associés aux soins, EIG, EIGAS en engageant une réflexion sur les niveaux de risque et de gravité des situations rencontrées dans la structure;</p> <p>2° Délivrer une information lisible aux professionnels sur leur droit à la protection et leurs obligations à signaler et déployer une communication active et régulière sur ce sujet ;</p> <p>3° Harmoniser les outils relatifs à la déclaration, au signalement et à la gestion des événements indésirables, associés aux soins ou non, conformes aux exigences légales et réglementaires et les diffuser en veillant à leur appropriation par l'ensemble du personnel ;</p> <p>4° Assurer l'analyse des événements indésirables, la mise en œuvre des actions correctives adaptées, leur suivi et leur traçabilité ;</p> <p>5° Diffuser et expliquer les décisions prises à l'issue des EIG(AS) ;</p> <p>6° Poursuivre la remontée des événements indésirables (EIG, EIGAS) selon leur nature aux autorités administratives compétentes (ARS, CD, justice) en suivant le canal approprié (portail de signalement pour les EIGAS, mail avec formulaire réglementaire pour les EIG) ;</p> <p>7° Poursuivre l'information aux familles ou représentants légaux dans le cadre du CVS, sur les dysfonctionnements survenus au sein de la structure en indiquant les solutions apportées dans une logique d'amélioration de la qualité de l'accompagnement.</p>	<p>références correspondant au 2° :</p> <p>L.313-24 du CASF L.135-1 à 5 du CGFP Art. 434-3 CP Art.225-13 et 14 CP Art. 40 CFP Décret 2022-1284 du 3 octobre 2022</p> <p>Références correspondant aux 1°, 2° à 6° :</p> <p>L. 1413-14 CSP L. 331-8 CASF</p> <p>Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales</p> <p>Instruction DO6/PP1/DOGS/PP2/DOCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 - déclaration des EIGAS et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients</p> <p>Référence correspondant au 7° : R.331-10 CASF</p>	9 mois	<p>Procédures et outils revue et harmonisés relatifs à la déclaration, au signalement à la gestion et au suivi des EIG(AS)</p> <p>Modalités de diffusion et d'appropriation par l'ensemble du personnel</p> <p>Document institutionnel présentant les droits et obligations des professionnels en matière de signalement ms à jour</p>	E2 E3 R7	N		<p>Analyse des observations de l'établissement par la mission de contrôle : la mission prend note des observations transmises par l'établissement, à savoir</p> <ul style="list-style-type: none"> - le déploiement, fin 2023, d'un logiciel Qualité et gestion des risques qui doit permettre à l'EHFAD de répondre à la prescription n°1 : actualisation et harmonisation des protocoles, information du personnel, formalisation des modalités et effectivité des retours d'expérience. - la formation des professionnels prévue en 2024 <p>Compte tenu du délai nécessaire à l'opérationnalité du logiciel, la mission propose le maintien de la prescription avec une transmission des éléments de preuve dans le délai 9 mois.</p> <p>Décision - La prescription n°1 est notifiée.</p>
2		<p>En matière de droits des usagers et de fonctionnement du CVS, je vous demande de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présenter aux membres du CVS les évolutions réglementaires intervenues en 2022 sur la composition et le fonctionnement du CVS ; - Réviser le règlement intérieur et le soumettre à l'approbation des membres. 	D.311-4 à D.311-30 CASF	4 mois	Règlement intérieur du CVS révisé avec compte rendu du CVS l'ayant approuvé.	E4	N		<p>prend acte des nouvelles élections des membres du conseil de la vie sociale dans le respect des modifications réglementaires.</p> <p>Toutefois, la mission précise que des éléments sont incomplets et, pour certains, non conformes dans le règlement intérieur révisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - parmi les attributions du CVS reprises à l'article 2 du règlement intérieur, il n'est pas fait mention du fait que le CVS est entendu lors de la procédure d'évaluation, qu'il examine les résultats de l'enquête annuelle de satisfaction, ni qu'il élabore un rapport d'activité annuel, ni qu'il est informé des événements graves associés ou non aux soins et des mesures correctives apportées par la direction de l'établissement (R.331-10 du CASF) ; - l'ordre du jour, accompagné des informations utiles, doit être adressé non plus 8 jours (article 11) mais au moins 15 jours avant la tenue du CVS ; - l'article D.311-30 du CASF prévoit que les relevés de conclusions de chaque séance sont désormais adressés, non seulement à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire, mais également aux autorités administratives compétentes pour l'autorisation (ARS et conseil départemental). <p>Décision - La prescription n° 2 est reformulée de la manière suivante et notifiée : "En matière de droits des usagers et de fonctionnement du CVS, revoir le règlement intérieur pour que son contenu soit en conformité avec les dispositions réglementaires issues du décret du 25 avril 2022."</p> <p>Éléments de preuve : Compte rendu du CVS au cours duquel les nouveaux ajustements du règlement intérieur auront été présentés et soumis au vote.</p> <p>Délai porté à 7 mois.</p>

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

Inspectrice

Nom établissement	EHPAD LA ROSERAIE	FINESSE	71 097 467 6
Adresse	67, rue Jean Jaurès		
Code postal	71 210	Commune	MONTCHANIN

N°	Libellé	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Levée O/N/ Abandonnée	Date de la levée	Décision
3	<p>En matière de définition et de pilotage de la stratégie institutionnelle, je vous demande de :</p> <p>1° Réviser, sous un mode collaboratif et pluridisciplinaire, le projet d'établissement en prenant en compte les nouvelles dispositions relatives à son contenu minimal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD ; - les objectifs spécifiques en matière de coordination de coopération ; - la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre avec moyens de repérage des risques et modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance ; - les critères d'évaluation et de qualité ; - le volet "Plan bleu" (à réviser annuellement) ; - le cas échéant, la démarche de soins palliatifs en lien avec le projet général de soins ; a) en associant le conseil de la vie sociale à son élaboration ; b) en y portant les avis des instances compétentes du gestionnaire. <p>2° Présenter et expliquer le document à l'ensemble des professionnels et informer les familles de sa mise à disposition.</p>	<p>L.311-6 CASF D311-38-1 à 5 CASF D.311-15 2° CASF (applicable au 01/01/2023)</p> <p>Instruction n°2022-258 du 28 novembre 2022 - Annexe (guide d'aide à l'élaboration du plan bleu)</p> <p>RP88 - HAS - 2008 - Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service</p>	<p>2 mois</p> <p>12 mois</p>	<p>Calendrier et modalités de la démarche de révision du projet d'établissement</p> <p>Projet d'établissement révisé avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sa méthodologie d'élaboration ; - les modalités de suivi des actions définies ; - l'avis du CVS et des instances compétentes de l'organisme gestionnaire ; - la modalité de mise à disposition des résidents et représentants des résidents. 	E1			<p>Analyse des observations de l'établissement par la mission de contrôle : la mission a pris connaissance du calendrier de révision du projet d'établissement dont la réunion de lancement est prévue en juillet 2024. Elle note qu'il n'est prévu d'échéance à la révision.</p> <p>Aussi la mission propose de maintenir la prescription et le délai de mise en œuvre en l'état.</p> <p>Décision - La prescription n°3 est notifiée dans l'attente des éléments de preuve sollicités, à l'exception du calendrier et des modalités de la démarche transmis dans le cadre de la procédure contradictoire.</p>

**Tableau des mesures définitives
Recommandations**

Inspectrice : [REDACTED]

Nom établissement :	EHPAD LA ROSERAIE	FINESSE :	71 097 467 6
Adresse :	67, rue Jean Jaurès	Commune :	MONTCHANIN
Code postal :	71 210		

Nb	4	Libellé	Référentiel de bonnes pratiques	Référence rapport R	Maintenue : O/N	Décision
1		<p>En matière de pilotage de la gestion des risques et de la qualité, je vous recommande de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Structurer la politique de démarche Qualité et gestion des risques et définir les modalités et outils de son pilotage ; - Mettre en place au-delà de l'identification des risques professionnels, une identification/cartographie des risques spécifiques aux EHPAD (risques liés au séjour, risques liés aux soins, risques liés aux comportements des résidents) pour prévenir la maltraitance et la survenance d'EIG ; - Etablir un plan global d'objectifs et d'actions découlant des différents documents institutionnels : projet d'établissement, évaluations, audits internes, inspections-contrôles et en effectuer le suivi ainsi que l'évaluation ; - Faciliter le recueil des signalements et leur analyse, d'une part, et le suivi de la démarche qualité d'autre part, en vous dotant d'un outil dématérialisé ; - Communiquer sur la politique de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité auprès des professionnels et des résidents par le biais de leurs représentants au CVS. 	<p>RBPP HAS 2008 - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance</p> <p>RBPP HAS 2012 - Qualité de vie en EHPAD Volet 3 - la vie sociale des résidents en EHPAD</p>	<p>R1 R5 R8 R9</p>	O	<p><u>Analyse des observations de l'établissement par la mission de contrôle</u> : l'établissement a adressé à l'ensemble du personnel, en décembre 2023, une note cosignée de la directrice, de la référente Qualité et de l'IDEC. Cette note avait pour objet de reposer les objectifs de la démarche d'amélioration continue de la Qualité et de la gestion des risques : évaluation des risques a priori, culture positive de l'erreur et du signalement. Elle rappelait le rôle de la référente Qualité et informait de l'acquisition d'un logiciel Qualité permettant d'assurer le suivi des objectifs en lien avec la Qualité et gestion des risques. Une seconde note du 24/04/2024 a été diffusée aux professionnels pour les sensibiliser à la nécessité de signaler dans un souci d'amélioration de la qualité et des pratiques. Des formations internes par la référente Qualité et l'IDEC sur les événements indésirables ont été annoncées lors des réunions de service des personnels de soin.</p> <p>Décision - La recommandation n° 1 est notifiée dans l'attente du déploiement effectif de l'outil Qualité et de son appropriation à la fois par les professionnels, par la direction et la référente Qualité comme outil de pilotage de la démarche Qualité/gestion des risques.</p>
		<p>Je vous recommande la mise en place d'une formation annuelle relative à la prévention de la maltraitance/ promotion de la bientraitance pour inviter l'ensemble du personnel à en partager les définitions et vous assurer de leur appropriation dans les pratiques professionnelles.</p>	<p>RBPP HAS 2008 - Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre</p>	<p>R7</p>	N	<p><u>Analyse des observations de l'établissement par la mission de contrôle</u> : l'établissement a transmis le nombre et la liste des qualifications des professionnels participants par formation en 2021, 2022, 2023 et début 2024. La mission prend en compte les réunions d'analyse de pratiques organisées sur 2023 par la psychologue qui sont pluridisciplinaires et rassemblent différents profils (IDE, AS, AMP, auxiliaire de vie, lingère, personnel administratif) qui doivent être l'occasion de reposer collectivement les interventions auprès des résidents.</p> <p>Décision - La recommandation n°2 n'est pas maintenue.</p>
3		<p>Je vous recommande de former le référent Qualité à la mise en place de la démarche Qualité et aux outils de suivi et de préciser les actions concrètes attendues de ce dernier dans la mise en œuvre opérationnelle de la gestion des risques et de la qualité.</p>		<p>R2 R3</p>	O	<p><u>Analyse des observations de l'établissement par la mission de contrôle</u> : la mission prend note que la référente Qualité a bénéficié d'une formation en 2013, ce qui remonte à plus de 10 ans. L'établissement précise qu'elle sera de nouveau formée et que la fiche de poste sera revue. Il ressort des différents éléments transmis que la mise en place du logiciel Qualité, en tant que facilitateur d'un pilotage centralisé de la démarche Qualité/Gestion des risques et de sa gestion opérationnelle est l'occasion de consolider la référente qualité dans ses compétences et de reposer les attendus sur ses missions.</p> <p>Décision - La recommandation n° 3 est notifiée dans l'attente de sa mise en œuvre.</p>
4		<p>En lien avec les instances compétentes (comité social territorial) et les personnels formés à la prévention de l'organisme gestionnaire, je vous recommande de faire le point sur vos obligations en matière d'évaluation des risques professionnels et sur le règlement de fonctionnement du personnel.</p>		<p>R4 R6</p>	O	<p><u>Analyse des observations de l'établissement par la mission de contrôle</u> : la mission prend acte de la volonté exprimée par la direction de l'établissement de mettre à jour son DUERP et le règlement intérieur des salariés en 2024.</p> <p>Décision - La recommandation n° 4 est notifiée dans l'attente de sa mise en œuvre.</p>

**Tableau des mesures définitives
Recommandations**

Inspectrice : [REDACTED]

Nom établissement : EHPAD LA ROSERAIE FINESS : 71 097 467 6
 Adresse : 67, rue Jean Jaurès
 Code postal : 71 210 Commune : MONTCHANIN

Nb	4	Libellé	Référentiel de bonnes pratiques	Référence rapport R	Maintenu : O/N	Décision
5		<p>En matière de droits des usagers, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques, je vous recommande de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser une procédure de recueil, d'analyse et de suivi des réclamations ; - La diffuser auprès de l'ensemble du personnel et des résidents, de leurs représentants ; - Assurer une traçabilité des réponses apportées ; - Présenter un bilan annuel au CVS. 	RBPP HAS 2008 - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance	R10	O	<p>Analyse des observations de l'établissement par la mission de contrôle ; la mission prend acte des actions que l'établissement indique vouloir mettre en œuvre en 2024 : rédaction de la procédure de gestion des réclamations en lien avec le logiciel Qualité, présentation aux résidents et représentants légaux de la procédure lors de l'admission et présentation du bilan des réclamations au CVS.</p> <p>Décision - La recommandation n° 5 est notifiée dans l'attente de la mise en œuvre des actions prévues.</p>