

Direction Inspection Contrôle Audit

Dijon, le 10 JUIL. 2024

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

à

Monsieur le président du conseil d'administration
EHPAD Château Morlon
86, route de Chatillon
58340 CERCY-LA-TOUR

RAR N° 2C 182 939 7465 6

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 : 58 078 085 6 - EHPAD CHATEAU MORLON – CERCY-LA-TOUR (58)

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 3 juin 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 26 juin 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.

ARS Bourgogne-Franche-Comté
Le Diapason, 2 Place des Savoirs, CS 73535, 21035 Dijon cedex
Tél. : 0808 807 107 - Site : www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr



Ces mesures feront l'objet d'un suivi par mes services :



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-maltraitances-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,



Jean-Jacques COIPLÉ

Copie à :

Monsieur le président du conseil départemental de la Nièvre
Direction de l'autonomie
Hôtel du département
58 039 NEVERS cedex

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

Nom établissement : Adresse : Code postal : EHPAD CHÂTEAU MORLON 86, route de Chavillon 58 340 Commune : CERCY-LA-TOUR FINISS 58 071 085 6											
Nb	3	Libellé	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Levée O/N/ Abandonnée	Date de la levée	Décision		
1		Dans le cadre d'une politique de prévention et de gestion des risques structurée impliquant l'ensemble des professionnels de l'établissement : 1° Reposer préalablement sous un mode participatif, les définitions des événements indésirables, événements indésirables associés aux soins, EIG, EIGAS, dont les situations de maltraitance, les niveaux de risque et de gravité associés; 2° Compléter l'information des professionnels sur leurs obligations à signaler, par celle sur leur droit à la protection et poursuivre une communication active et régulière sur ce sujet ; 3° Harmoniser les outils/documents relatifs à la déclaration, au signalement et à la gestion des événements indésirables, associés aux soins ou non, aux situations de maltraitance et les diffuser en veillant à leur compréhension et leur appropriation par l'ensemble du personnel ; 4° Formaliser la procédure de retour d'expérience et/ou CREX selon une méthode validée en assurant la diffusion des décisions prises à l'issue ; 5° S'assurer de la remontée de tous les événements indésirables qui doivent l'être selon leur nature (EIG, EIGAS), 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) ; 6° 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.	<u>Références correspondant aux 1°, 3° à 5° :</u> L. 1413-14 CSP R.1413-68 CSP L. 331-8 CASF Arrêté du 19 décembre 2017 relatif au formulaire de déclaration d'un événement indésirable grave associé à des soins et aux modalités de transmission à la Haute autorité de santé Instruction DG5/PP1/DGOS/PF2/OGCS/CA/2017 /J8 du 17 février 2017 – déclaration des EIGAS et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients <u>Références correspondant au 2° :</u> L.313-24 du CASF L.135-1 à 5 du CGPF Art. 474-3 CP Art. 226-13 et 14 CP Art. 40 CPP Décret 2022-1284 du 3 octobre 2022 <u>Références correspondant au 6° :</u> R.331-10 CASF	9 mois	Procédures et outils relatifs à la déclaration, au signalement à la gestion et au suivi des EIG(EIGAS) revue et harmonisés Modalités de diffusion et d'appropriation par l'ensemble du personnel Document institutionnel présentant droits et obligations des professionnels en matière de signalement mis à jour CR du CVS (2024) ayant fait l'objet d'une information sur les EIG(EIGAS)	E2 R4	N		Analyse des observations de l'établissement par la mission de contrôle : la mission de contrôle a pris note des éléments de réponses de l'établissement qui a décliné sa feuille de route pour la prise en compte des mesures envisagées par le directeur général de l'ARS : - harmonisation et révision des outils de signalement interne et externe (autorités administratives et judiciaires); - présentation aux instances; - mise en œuvre de l'outil AGEVAL et alimentation de la gestion documentaire; - rédaction de la procédure de METEX; - information du CVS sur le bilan 2024 de l'EIG avec les actions correctives apportées. Un bilan des EIG 2023 a été réalisé au CVS du 17 avril 2024 (CR adressé) ainsi qu'une présentation de la charte de bientraitance. L'établissement a transmis le projet de modification du règlement intérieur du personnel à soumettre aux instances, dans lequel sera intégré le rappel du droit à la protection en cas de signalement de situations de maltraitance (mise à disposition du guide du recueil d'alerte élaboré par le défendeur des droits). L'établissement pourra ultérieurement ajouter les références légales et réglementaires dans ce document (CF en référence dans fondement juridique) pour appuyer l'importance du signalement. Décision : La prescription n° 1 est notifiée dans l'attente de la transmission des éléments de preuve concertés et validés.		
2		En matière de droits des usagers : 1° Actualiser le livret d'accueil des résidents pour le mettre en concordance avec le contrat de séjour récemment modifié sur le socle de prestations dues par l'établissement ; 2° Déployer annuellement une enquête de satisfaction, diffuser le bilan notamment par voie d'affichage et présenter l'analyse au CVS.	<u>Références correspondant au 1° :</u> L.311-4 CASF Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles Annexe 2-3-1 CASF <u>Références correspondant au 2° :</u> D.371-15 III CASF	4 mois	Livret d'accueil mis à jour en cohérence avec les autres documents institutionnels (contrat de séjour, règlement de fonctionnement) Bilan de l'enquête de satisfaction 2024 CR du CVS ayant fait l'objet de la présentation des résultats de l'enquête	E3 E4	N		Analyse des observations de l'établissement par la mission de contrôle : comme pour la mesure précédente, l'établissement s'est engagé à harmoniser les dispositions du livret d'accueil et celles du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement. Un bulletin d'information Info Qualité a été diffusé en juin 2024 sur le rappel des droits et libertés des résidents en EHPAD et des outils permettant de favoriser son expression. L'établissement a transmis les résultats de l'enquête de satisfaction menée en 2024 sur la période du 19/03 au 02/04/2024. Il sera intéressant que soit précisée la méthodologie utilisée dans le livret d'accueil ou un document d'information (période fréquence, mode d'accompagnement des résidents pour recueillir leur avis, modalités d'exploitation en vue d'améliorer la qualité de l'accompagnement). Décision : La prescription n° 2 est notifiée et reformulée de la manière suivante : "En matière de droits des usagers, actualiser le livret d'accueil des résidents pour le mettre en concordance avec le contrat de séjour récemment modifié sur le socle de prestations dues par l'établissement." Éléments de preuve attendus : Livret d'accueil mis à jour en cohérence avec les autres documents institutionnels (contrat de séjour, règlement de fonctionnement) Délai maintenu à 4 mois.		

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

Inspectrice		Nom établissement : Adresse : Code postal :		EHPAD CHÂTEAU MORLON 86, route de Châtillon 58 340		FINES5 58 071 085 6 Commune : CERCY-LA-TOUR				
Nb	3	Libellé		Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Levée O/N/ Abandonnée	Date de la levée	Décision
3		En matière de définition et de pilotage de la stratégie institutionnelle, :		L.311-3 CASF D311-38-1 à 5 CASF D.311-52 2° CASF (applicable au 01/01/2023) Instruction n°2022-258 du 28 novembre 2022 - Annexe (guide d'aide à l'élaboration du plan bleu) RPS3 - HAS - 2008 - Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service	10 mois	Projet d'établissement révisé avec : - 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.	ET	N		Analyse des observations de l'établissement par la mission de contrôle : la mission note que l'établissement a pris en compte la réactualisation du projet d'établissement par une fiche action du CPOK à signer pour une cohérence de calendrier. La mission précise que le plan Caricula transmis par la structure ne constitue qu'un volet du plan Bleu qui couvre l'un champ plus large, à savoir la préparation et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (risques infectieux, de défaillance énergétique, vague de froid, plan de continuité d'activité - CF, l'instruction de 2022 en référence). Décision - La prescription n° 3 est notifiée dans l'attente de l'actualisation du projet d'établissement dont le plan Bleu en annexe.
		1° Réviser, sous un mode collaboratif et pluridisciplinaire, le projet d'établissement en prenant en compte les nouvelles dispositions relatives à son contenu minimal : - 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. 2° Présenter le document à l'ensemble des professionnels et informer les familles de sa mise à disposition.								

Tableau des mesures définitives
Recommandations

Inspectrice		EHPAD CHATEAU MORLON 86, route de Chatillon 58 340		FINES	58 078 085 6	Commune : CERCY-LA-TOUR	
Nom établissement : Adresse : Code postal :							
Nb	Libellé	Réfrentiel de bonnes pratiques		Référence rapport E/R	Maintenance O/N	Décision	
1	En matière de pilotage de la gestion des risques et de la qualité : - 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 ; - 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.	RBPP HAS 2008 - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance RBPP HAS 2012 - Qualité de vie en EHPAD Volet 3 - la vie sociale des résidents en EHPAD		R1 R3	O	Analyse des observations de l'établissement par la mission de contrôle : la mission prend note de la volonté de l'établissement de mettre en place au second semestre 2024 une cartographie des risques spécifiques en EHPAD avec l'outil AGEVAL. L'établissement pourra utilement s'appuyer sur la grille élaborée par la HAS et la FORAP d'octobre 2012. Un bulletin d'information info qualité (n°4 en juin 2024) est diffusé et traite d'un sujet en lien avec la qualité, les droits des personnes et la gestion des risques. Une information est également mise à disposition des salariés sur la GED. Décision - La recommandation n°1 est notifiée et modifiée de la manière suivante : "En matière de pilotage de la gestion des risques et de la qualité, 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".	
2	En lien avec les instances compétentes (comité social d'établissement), faire le point sur vos obligations en matière d'évaluation des risques professionnels et l'actualisation du DUERP.			R2	O	Analyse des observations de l'établissement par la mission de contrôle : l'établissement indique que le DUERP et son plan d'action seront revus au second semestre 2024. Décision - La recommandation n°2 est notifiée dans l'attente des documents actualisés.	
3	En matière de droits des usagers, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques : - 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		R5	O	Analyse des observations de l'établissement par la mission de contrôle : une procédure de recueil, analyse et suivi des réclamations sera rédigée, présentée aux instances à l'automne et diffusée. Décision - La recommandation n°3 est notifiée dans l'attente de la procédure validée et présentée au CVS.	