

Direction Inspection Contrôle Audit

Dijon, le 20 MAI 2025

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

à

Monsieur le directeur général du CHU de Dijon
1, boulevard Jeanne d'Arc
BP 80

21 079 DIJON

RAR N° 2C 182 993 4623 5

Objet : notification des mesures définitives à la suite du contrôle sur pièces réalisé au titre des articles L313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles – N° FINESS : 21 098 442 3- EHPAD du CH - IS-SUR-TILLE

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 26 février 2025, 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, prorogé d'une semaine, 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 28 mars 2025.

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 l'EHPAD, 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.

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, relatifs à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance ainsi que le guide d'amélioration des pratiques de la HAS « Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement » publié en octobre 2024 (site internet de la HAS) :

<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 du Ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,
- 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 <https://www.telerecours.fr>

Le directeur général,



Jean-Jacques Coiplet

Copie à :

Monsieur le président du conseil départemental de la Côte-d'Or

Direction générale des services

Pôle Solidarités – Direction de l'accompagnement à l'autonomie

Hôtel du département

53 bis, rue de la Préfecture

CS 13501

21035 DIJON cedex

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

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

Inspectrice		Nom établissement : EHPAD du CH d'IS-SUR-TILLE		FINESSE 210984423	
		Adresse : 19, rue Victor Hugo			
		Code postal : 21 120		Commune : IS-SUR-TILLE	

Nb	S	Libellé de la mesure	Fondement juridique	Délai	Eléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Abandonnée O/N	Décision
1		<p>1°/ Actualiser et homogénéiser les procédures de gestion des évènements indésirables en place :</p> <ul style="list-style-type: none">- en référençant le conseil départemental comme autorité auprès de laquelle déclarer les EIG et en organisant la remontée effective aux autorités compétentes (ARS, CD, justice) des évènements indésirables graves qui doivent l'être ;- en formalisant les définitions permettant de distinguer un EI relatif à la vie courante, d'un évènement indésirable grave associé aux soins ou non. <p>2°/ Tenir des réunions d'analyse collective, non seulement autour de dysfonctionnements graves, mais aussi d'évènements indésirables répétés pour favoriser l'adhésion des équipes et diffuser les décisions prises pour actions afin de faire évoluer les pratiques professionnelles.</p> <p>3°/ Réviser la charte d'incitation au signalement en l'ouvrant sur le secteur médico-social et communiquer auprès des agents et des représentants des résidents au sein du CVS.</p> <p>4°/ Informer annuellement le CVS, non seulement sur les réclamations mais aussi sur bilan des EI et des mesures prise en cas de dysfonctionnement grave affectant l'organisation de l'EHPAD.</p>	<p>L119-1 CASF (définition de la maltraitance) L331-8-1 CASF R331-8 à 10 CASF Arrêté du 28 décembre 2016 L313-24 CASF Instruction n° DG5/PP1/DGOS/PP2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017</p> <p>RBPP HAS : Bienveillance et gestion des signaux de maltraitance en établissement / 2024</p>	<p>6 mois pour 1° et 3°</p> <p>10 mois pour 2° et 4°</p>	<p>Procédure et charte de confiance actualisée et modalités de diffusion</p> <p>CR de Retex et/ou CREX sur EI-dysfonctionnements répétés et/ou EIG(AS)</p> <p>CR 2025 du CVS</p>	<p>E1 E3 R1 R3 R4</p>	<p>N</p>	<p><u>Analyse des observations du gestionnaire par la mission d'inspection</u> : l'établissement a transmis la procédure de déclaration des EI/EIG avec, en annexe, la charte de confiance, toutes deux actualisées.</p> <p>Il précise qu'une cellule d'analyse des DEI est désormais active avec une réunion mensuelle et qu'un retour est réalisé auprès du CVS sur les EI.</p> <p>Décision - La prescription n° 1 est modifiée ainsi que les éléments de preuve attendus comme suit :</p> <p>1°/ Tenir des réunions d'analyse collective, non seulement autour de dysfonctionnements graves, mais aussi d'évènements indésirables répétés pour favoriser l'adhésion des équipes et diffuser les décisions prises pour actions afin de faire évoluer les pratiques professionnelles.</p> <p>2°/ Informer annuellement le CVS, non seulement sur les réclamations mais aussi sur bilan des EI et des mesures prises en cas de dysfonctionnement grave affectant l'organisation de l'EHPAD.</p> <p>Eléments de preuve attendus :</p> <p>CR de Retex et/ou CREX sur EI-dysfonctionnements répétés et/ou EIG(AS) CR 2025 du CVS</p> <p>Délai maintenu à 10 mois.</p>
2		<p>Réviser sous un mode collaboratif et pluridisciplinaire, le projet de service de l'EHPAD déclinant :</p> <ul style="list-style-type: none">- les modalités d'organisation et de fonctionnement des différents modes d'accueil (PASA, hébergement complet, hébergement temporaire) ;- la place de l'EHPAD dans la filière gériatrique et les articulations avec les autres EHPAD relevant de la direction commune ;- la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en s'appuyant sur la cartographie actualisée des situations à risque de maltraitance ;- les critères d'évaluation et de qualité ;- les axes du plan de réponse aux situations exceptionnelles de l'établissement de santé qui concernent l'EHPAD - Plan Bleu- (à intégrer, si besoin, en annexe) ; <p>-a) en explicitant la méthodologie d'élaboration (comitologie, calendrier, modalités de participation du CVS),</p> <p>b) en prévoyant les modalités de son suivi et l'échéancier des actions,</p> <p>c) en y portant les avis des instances compétentes du gestionnaire.</p> <p>Présenter le document à l'ensemble des professionnels et informer les familles de sa mise à disposition.</p>	<p>L311-8 CASF D311-38-1 à 5 CASF R311-38-1 et D312-160 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>RPBB - HAS - 2008 - Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service</p>	<p>12 mois</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.	<p>E6</p>	<p>N</p>	<p><u>Analyse des observations du gestionnaire par la mission d'inspection</u> : l'établissement indique avoir programmé l'élaboration du nouveau projet d'établissement à partir du second semestre 2025.</p> <p>Décision - La prescription n°2 est notifiée</p>

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

Inspectrice

Nom établissement :	EHPAD du CH d'IS-SUR-TILLE	FINESSE	210984423
Adresse :	19, rue Victor Hugo		
Code postal :	21 120	Commune :	IS-SUR-TILLE

Nb	S	Libellé de la mesure	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Abandonnée O/N	Décision
3		Actualiser le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement qui en constitue une annexe : - en veillant à la concordance des informations contenues dans chaque document et avec les clauses du contrat de séjour ; - en apportant une information homogène sur les prestations délivrées. Recueillir l'avis du CVS et des instances représentatives du personnel et faire valider les modifications en conseil de surveillance.	L311-4 et 7 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	4 mois	Livret d'accueil et règlement de fonctionnement et mis à jour en cohérence Contrat de séjour type Avis du CVS et des instances représentatives du personnel Validation de l'instance compétente de l'établissement	E4	N	<u>Analyse des observations du gestionnaire par la mission d'inspection</u> : la mission note que l'établissement prévoit une actualisation des documents institutionnels sans donner toutefois de calendrier précis. Décision - La prescription n°3 est notifiée.
4		Mettre en place annuellement une enquête de satisfaction : - à destination des résidents eux-mêmes, doublée éventuellement d'une enquête distincte en direction des familles et représentants des résidents ; - en veillant à rechercher par des modalités adaptées l'expression des résidents avec troubles cognitifs en s'appuyant sur le guide de la HAS ; - en assurant un suivi des actions d'amélioration en lien avec le CVS.	D311-15-III et D311-26 CASF Guide méthodologique HAS : Recueil du point de vue des personnes hébergées ou accueillies en EHPAD /2023 RBPP HAS : Améliorer la participation des usagers dans les commissions des usagers et les conseils de la vie sociale / 2022 Fiche HAS - L'obligation de mise en place d'un CVS / 2024 Guide HAS Agir avec les usagers à partir du recueil de leurs expression / 2024	6 mois	Trame et méthodologie utilisée Résultats et axes d'amélioration issus de l'enquête Information du CVS sur le lancement et sur la restitution (Comptes-rendus des séances 2025)	E5	N	<u>Analyse des observations du gestionnaire par la mission d'inspection</u> : l'établissement a transmis la trame de l'enquête de satisfaction qui sera utilisée pour l'année 2025. Compte tenu du calendrier de réalisation de l'enquête (septembre à novembre 2025), le délai de transmission des éléments de preuve demandés est ajusté. Décision - La prescription n°4 est notifiée et le délai de mise en œuvre avec les éléments de preuve attendus est porté à 10 mois.
5		Respecter la fréquence de 3 réunions annuelles du CVS.	D311-16 CASF	10 mois	Ordres du jour et comptes rendus des réunions de CVS 2025	E2	N	<u>Analyse des observations du gestionnaire par la mission d'inspection</u> : la mission prend note des observations de l'établissement. Décision - Dans l'attente des éléments de preuve, la prescription n°5 est notifiée.

**Tableau des mesures définitives
Recommandations**

Inspectrice

Nom établissement :

EHPAD du CH d'IS-SUR-TILLE

FINES : 210984423

Adresse :

19, rue Victor Hugo

Code postal :

21 120

Commune : IS-SUR-TILLE

Nb	4	Libellé de la mesure	Référentiel de bonnes pratiques	Référence rapport R	Abandonnée O/N	Décision
1		Doter l'établissement d'un outil permettant de gérer le processus de déclaration des événements et la documentation associée : - pour faciliter l'accès des agents à l'information, aux procédures et documents de référence ainsi qu'à leur mise à jour ; - pour assurer la traçabilité, le traitement, le suivi de l'ensemble des événements indésirables.		R2	N	<u>Analyse des observations du gestionnaire par la mission d'inspection</u> : la mission prend note des observations de l'établissement sur la mise à niveau de ses infrastructures informatiques et du déploiement prochain des logiciels Sphynx et Blue Kangoo. Décision - La recommandation n°1 est notifiée.
2		Informers les réclamants des suites apportées à leur doléance, en assurer le suivi et la traçabilité à travers le registre en place et communiquer, au sein des instances et en direction des professionnels, sur les mesures mises en œuvre et leur effectivité.	RBPP : mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, HAS, 2008	R5	N	<u>Analyse des observations du gestionnaire par la mission d'inspection</u> : la mission prend note des observations de l'établissement. Décision - La recommandation n°2 est notifiée.
3		Rendre effective une formation spécifique portant sur la promotion de bientraitance et de prévention de la maltraitance et veiller à ce que l'ensemble des salariés et bénévoles y participent à fréquence régulière et en tant que de besoin.	RBPP : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, HAS, 2008 RBPP : La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre, HAS, 2008	R6	N	<u>Analyse des observations du gestionnaire par la mission d'inspection</u> : l'établissement indique avoir mis en place, en 2024, une formation permettant de sensibiliser les professionnels la promotion de bientraitance et de prévention de la maltraitance, renouvelée en 2025. Décision - La recommandation n°3 est notifiée dans l'attente d'éléments de preuve permettant de vérifier sa mise en place effective.
4		Formaliser et mettre en œuvre une procédure d'admission et d'accueil pour les nouveaux professionnels afin de faciliter leur intégration et leur adaptation à la population accueillie au sein de l'EHPAD.	RBPP mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, HAS, 2008	R7	N	<u>Analyse des observations du gestionnaire par la mission d'inspection</u> : la mission note que le livret d'accueil doit être révisé. Décision - La recommandation n°4 est notifiée, dans l'attente de la transmission du livret d'accueil des nouveaux salariés et de la procédure d'accueil.

Tableau des mesures définitives
Recommandations

Inspectrice		Nom établissement :	EHPAD du CH d'IS-SUR-TILLE	FINESSE :	210984423
		Adresse :	19, rue Victor Hugo		
		Code postal :	21 120	Commune :	IS-SUR-TILLE

Nb	4	Libellé de la mesure	Référentiel de bonnes pratiques	Référence rapport R	Abandonnée O/N	Décision
5		A l'appui de la démarche de prévention des risques professionnels, proposer un dispositif de soutien psychologique pour les personnels en difficulté et d'analyse des pratiques professionnelles dans l'établissement avec un intervenant externe.	RBPP: La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre, HAS, 2008 Circulaire du 11 juin 2024 relative à l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels et du programme annuel de prévention et d'amélioration des conditions de travail dans la fonction publique	R8	O	Analyse des observations du gestionnaire par la mission d'inspection : la mission prend note du dispositif mis en place par l'établissement. <u>Décision</u> - La recommandation n°5 est abandonnée.