

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00302



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Bénédicte POINT-
JONNEAUX
Directrice
EHPAD Euphémie Derche
45 Avenue du Général de Gaulle
02590 ETREILLERS

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Euphémie Derche sis 45 Avenue du Général de Gaulle à ETREILLERS (02590) initié le 10 juillet 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Euphémie Derche sis 45 Avenue du Général de Gaulle à ETREILLERS (02590) 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 10 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 13 octobre 2023.

Par courrier reçu le 20 décembre 2023, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

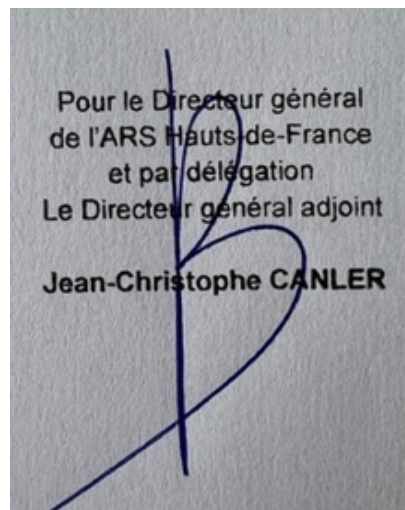
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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 Euphémie Derche à ETREILLERS (02590) initié le 10 juillet 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
E8	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 faisant fonction d'AS ; 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.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnels IDE et AS suffisant afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents et un accompagnement de qualité.	1 mois	
E11	L'insuffisance des effectifs IDE et AS ne permet pas d'assurer une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-1° du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
E7	En ne disposant pas du bulletin de casier judiciaire dans le dossier de chaque salarié et en l'absence de renouvellement régulier, 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 professionnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 2 : Demander les extraits de casier judiciaire de l'ensemble du personnel et ce à intervalles réguliers conformément à l'article L. 311-6 du CASF.	1 mois	
E4	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas annexé au projet d'établissement et n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription 3 : Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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)
E15	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 4 : Formaliser une procédure d'élaboration des projets personnalisés, établir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets est réalisée.	3 mois	
R17	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'élaboration des projets personnalisés.			
E9	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 5 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,4 ETP afin de se conformer à la réglementation.	3 mois	
E10	La fiche de poste du médecin coordonnateur transmise par l'établissement ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 6 : Etablir la fiche de poste du médecin coordonnateur en reprenant les missions définies par l'article D. 312-158 du CASF.	1 mois	
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 7 : Constituer et réunir la commission de coordination gériatrique, présidée par le médecin coordonnateur, conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	4 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
E12	En ne disposant pas d'un projet de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 8 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois	
E13	L'établissement ne dispose pas d'un rapport annuel d'activité médicale ce qui est contraire aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	Prescription 9 : 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	
E3	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 10 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E5	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			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
	CASF.			
E6	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, sur les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance, de l'ARS et du Conseil Départemental, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E14	Les objectifs de prise en charge ainsi que la réalisation d'un avenant dans un délai maximum de 6 mois, précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne accueillie, ne sont pas mentionnés dans le contrat de séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
E2	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16 et D. 311-19 du CASF.	Prescription 11 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en le réunissant 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF, et transmettre : <ul style="list-style-type: none"> - la composition du CVS, - le règlement intérieur du CVS établi lors de la 1^{ère} réunion conformément à l'article D. 311-19 du CASF. 	3 mois	
E16	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.	Prescription 12 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
R1	La directrice ne dispose pas d'une fiche de poste, ses missions ne sont pas formalisées.	Recommandation 1 : Etablir la fiche de poste pour le poste de direction.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
R2	Les modalités d'intérim de direction ne sont pas définies.	Recommandation 2 : Définir les modalités d'intérim en l'absence de la directrice.	3 mois	
R12	Au jour du contrôle, l'établissement ne dispose pas d'une IDEC en position d'activité.	Recommandation 3 : Assurer les missions de l'IDEC en son absence	1 mois	
R13	L'IDEC, absente au jour du contrôle, ne dispose pas d'une formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 4 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	3 mois	
R14	L'IDEC ne dispose pas d'une fiche de poste. Ses missions d'encadrement et de coordination des soins ne sont pas formalisées.	Recommandation 5 : Etablir la fiche de poste de l'IDEC reprenant ses missions d'encadrement et de coordination des soins.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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)
R4	L'établissement ne met pas œuvre de politique de prévention et de lutte contre la maltraitance.	Recommandation 6 : Mettre en œuvre une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en : <ul style="list-style-type: none"> - mettant en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles, - formalisant un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance, - abordant la thématique dans les documents institutionnels. 	6 mois	
R7	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des évènements indésirables.	Recommandation 7 : Formaliser une procédure de gestion interne des évènements indésirables ainsi qu'une procédure de déclaration externe des évènements indésirables graves et graves associés aux soins.	3 mois	
R9	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des évènements indésirables et évènements indésirables graves liés aux soins.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
R8	L'établissement n'organise pas de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 8 : Former le personnel aux transmissions ciblées et à la déclaration des événements indésirables puis transmettre les feuilles d'émargement.	4 mois	
R19	Le personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées, ce qui ne garantit pas leur mise en œuvre.			
R5	L'établissement ne dispose pas d'un registre des plaintes et réclamations des résidents.	Recommandation 9 : Mettre en place un registre des plaintes et réclamations des résidents.	1 mois	
R6	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions.	Recommandation 10 : Rédiger un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
R15	L'établissement a renseigné des taux d'absentéisme et de turn over élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 11 : Etudier les causes de l'absentéisme et du turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R18	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.	Recommandation 12 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R16	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 13 : Compléter la procédure d'admission.	3 mois	
R11	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 14 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
R20	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles de comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, au circuit du médicament, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 15 : Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux troubles de comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, au circuit du médicament, aux soins palliatifs et à la fin de vie. Rendre ces protocoles accessibles au personnel.	4 mois	
R21	Au jour du contrôle, le personnel n'a pas accès aux protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques.			
R22	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.			
R23	Les protocoles ne sont pas évalués de manière périodique.	Recommandation 16 : Réviser les protocoles de manière périodique.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
R3	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 17 : Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement.	1 mois	
R10	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue d'évènements indésirables graves.	Recommandation 18 : Réaliser des RETEX en équipe pluridisciplinaire suite à la survenue d'évènements indésirables graves.	3 mois	