

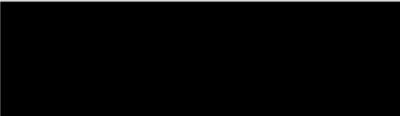


RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2023-HDF-00306



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Carole MARTIN
Directrice
EHPAD Résidence Hôtel Dieu
4 rue de l'Hôtel Dieu
02210 OULCHY-LE-CHÂTEAU

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence de l'Hôtel Dieu
situé au 4 rue de l'Hôtel Dieu à OULCHY-LE-CHATEAU (02210) initié le 19 octobre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence de l'Hôtel Dieu situé au 4 rue de l'Hôtel Dieu à OULCHY-LE-CHATEAU (02210) 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 19 octobre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés
le 27 mars 2024.

Par courriel reçu le 02 mai 2024, 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.



Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence Hôtel Dieu à OULCHY-LE-CHATEAU (02210) initié le 19 octobre 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
E1	La capacité installée déclarée au sein de l'EHPAD n'est pas conforme à la capacité autorisée mentionnée sur l'arrêté d'autorisation datée du 27 septembre 2018.	Prescription n°1 : Respecter l'arrêté d'autorisation.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
E9	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'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des professionnels non diplômés ; 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.			
E12	L'inconstance et l'insuffisance des effectifs présents par poste horaire, en termes de nombre et de qualification des agents, notamment en UVPHA, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L311-3-3° du CASF.	Prescription n°2 : Mettre fin aux glissements de tâches et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants par poste horaire en nombre et en qualification, afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L3113-3° du CASF.	2 mois	
E17	Au regard de la charge de travail des professionnels soignants, et dans la mesure où la mission de contrôle n'est pas en capacité de garantir l'élaboration et la révision périodique des projets d'accompagnement personnalisé, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
E10	Le temps de travail du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	Prescription n°3 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément à l'article D312-156 du CASF.	1 mois	
E11	Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	Prescription n°4 : Inscrire le médecin coordonnateur dans une formation de manière à satisfaire aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°5 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	6 mois	
Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)

E3	Au jour du contrôle, les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF.	Prescription n°6 : Revoir l'organisation du CVS afin de répondre à l'ensemble des dispositions prévues aux articles D311-9 et D311-20 du CASF (cf. détails pages 11 et 12 du rapport de contrôle).	/	02/05/2024
E8	En n'effectuant pas la vérification de l'extrait de casier judiciaire national à l'embauche, puis à intervalle régulier, pour tous les salariés, 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 personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription n°7 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation.	2 mois	
Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	<p>Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme à l'annexe 2-3-1 du CASF se rapportant au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, et aux dispositions de l'article D311 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.</p>	<p>Prescription n°8 :</p> <p>Réviser, conformément à la réglementation, le contrat de séjour notamment en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - assurant le respect du socle des prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, notamment sur la fourniture du linge, et l'accès à internet ; - mentionnant la réalisation d'un avenant dans un délai de 6 mois maximum précisant les objectifs et prestations adaptées à la personne accueillie ; - précisant les conditions de facturation en cas de décès, et notamment que la facturation lors de la libération de la chambre ne peut excéder 6 jours. 	/	02/05/2024
Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)

E4	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°9 : Réviser le projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins conformément aux dispositions des articles L3118 et D312-158 du CASF.	12 mois
E13	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.		
Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)

E5	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	Prescription n°10 : Réviser le plan bleu afin d'actualiser son contenu (coordonnées ARS), avant de l'annexer au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 CASF.	12 mois	
R3	Les coordonnées de l'agence régionale de santé indiquées dans le plan bleu ne sont pas à jour.			
E6	En n'ayant pas consulté les instances représentatives du personnel, et en l'absence de certaines mentions réglementaires le règlement de fonctionnement de l'établissement contrevient aux dispositions des articles R311-33, 35 et 37 du CASF.	Prescription n°11 : Réviser, conformément à la réglementation, le règlement de fonctionnement en : - précisant que les faits de violences sur autrui sont susceptibles d'entraîner des poursuites judiciaires ou administratives ; - fixant les modalités de rétablissement des prestations lorsqu'elles ont été interrompues ; et le présenter aux instances représentatives du personnel ainsi qu'au CVS.	/	02/05/2024
Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	<p>Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.</p>	<p>Prescription n°12 : Réviser le livret d'accueil, en y précisant conformément 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ; - les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental) ; - les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance. 	/	02/05/2024
E14	<p>Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA) n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.</p>	<p>Prescription n°13 : Rédiger le RAMA de l'année 2023 conformément aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.</p>	3 mois	
Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)

E16	<p>En l'absence de transmission d'un tableau de suivi et de programmation de révision des projets d'accompagnement personnalisé, la mission de contrôle ne peut s'assurer que chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement et à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.</p>	<p>Prescription n°14 : Transmettre un tableau de suivi et de programmation de révision des projets d'accompagnement personnalisé permettant à la mission de contrôle de s'assurer que chaque résident dispose d'un PAP réévalué périodiquement et à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.</p>	1 mois	
R9	<p>Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas, au jour du contrôle, d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.</p>	<p>Recommandation n°1 : Réaliser des études, éventuellement manuelles si le logiciel ne permet pas de traçabilité, sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.</p>	3 mois	
Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)

R5	En l'absence de formalisation d'un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité global, et de la réalisation de bilans complets des plaintes et des réclamations des résidents, la démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas suffisamment déployée au sein de l'établissement.	Recommandation n°2 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en réalisant des bilans complets des plaintes et des réclamations des résidents, et en formalisant un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité global.	6 mois	
R4	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations portant sur la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance.	Recommandation n°3 : Sensibiliser de manière régulière les professionnels à la promotion de la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance, et en assurer la traçabilité.	9 mois	
R6	L'établissement n'organise pas régulièrement de sensibilisations internes du personnel à la déclaration des événements indésirables.	Recommandation n°4 : Sensibiliser de manière régulière les professionnels à la déclaration et la gestion en interne des événements indésirables, et en assurer la traçabilité.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
R7	L'établissement n'organise pas, au jour du contrôle, de RETEX suite à la survenue de ses événements indésirables graves.	Recommandation n°5 : Analyser les causes des événements indésirables survenus en déployant la méthodologie des CREX : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives.	/	02/05/2024
R8	La procédure d'admission d'un nouveau résident est incomplète.	Recommandation n°6 : Réviser la procédure d'admission, en y intégrant toutes les dispositions réglementaires (cf. page 29 du rapport de contrôle).	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
R11	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, et aux soins palliatifs.	Recommandation n°7 : Formaliser les protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, et aux soins palliatifs.	6 mois	
R12	Les protocoles / procédures ne sont pas systématiquement révisés périodiquement.	Recommandation n°8 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	6 mois	
R1	La directrice ne dispose pas d'une fiche de poste.	Recommandation n°9 : Formaliser la fiche de poste de la directrice de l'EHPAD.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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 en cas d'absence de la directrice ne sont pas définies.	Recommandation n°10 : Transmettre à la mission de contrôle davantage de précisions sur les modalités d'intérim en l'absence du directeur.	/	02/05/2024
R10	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations en interne, ce qui ne permet pas de les valoriser.	Recommandation n°11 : Faire signer systématiquement lors des formations des feuilles de présence, notamment lors des sensibilisations internes aux protocoles et aux transmissions ciblées.	3 mois	