

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00331



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la directrice,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD La Catalane sis 6 allée des Mimosas à HESDIN L'ABBÉ (62360) 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 12 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 27 octobre 2023.

Par courrier reçu par mes services le 13 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.

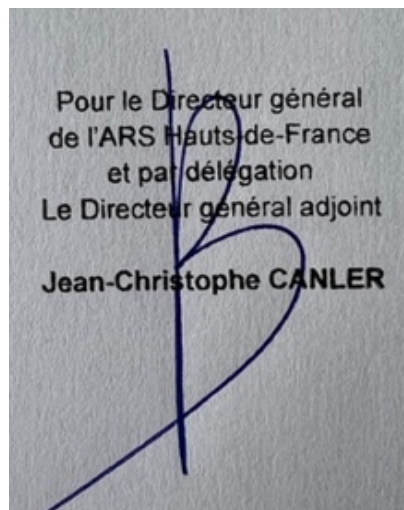
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Madame Carole POCHET
Directrice
EHPAD La Catalane
6 Allée des Mimosas
62360 HESDIN L'ABBÉ

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 dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agréer, Madame la directrice, l'assurance de ma considération distinguée.



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 La Catalane à HESDIN L'ABBÉ (62360) initié le 12 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)
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'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'État 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 personnel suffisant de jour et de nuit en nombre et en qualification afin d'assurer une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	1 mois	
E12	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit en termes de nombre et de qualification des agents 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.			
E6	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 2 : 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)
E1	La directrice de l'établissement ne dispose pas des qualifications nécessaires pour assurer ses missions contrairement à l'article D. 312-176-6 du CASF.	Prescription 3 : Engager la directrice dans une formation afin d'obtenir une certification de niveau I comme le précise l'article D. 312-176-6 du CASF.		13/12/2023
E2	La directrice ne dispose pas d'un document unique de délégation ce qui est contraire à l'article D. 312-176-5 du CASF.	Prescription 4 : Etablir un document unique de délégation.		13/12/2023
E10	L'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	Prescription 5 : Recruter un médecin coordonnateur.	3 mois	
E11	L'établissement ne dispose pas d'une fiche de poste pour le poste de médecin coordonnateur reprenant les missions définies 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.	3 mois	
E3	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 7 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	6 mois	
E13	Le RAMA n'a pas été rédigé par le médecin coordonnateur, n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique et n'est pas cosigné par la directrice et le médecin coordonnateur ce qui contrevient aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9, et D. 312-158 du CASF.	Prescription 8 : Le médecin coordonnateur doit établir un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec la directrice d'établissement. Soumettre le RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique.	6 mois	
E8	Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	Prescription 9 : Organiser la formation du personnel concernant : - la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, - les spécificités du public accueilli, - la déclaration des événements indésirables, - les transmissions ciblées, - les protocoles de soins,	6 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)
R18	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations portant sur les spécificités du public accueilli.	et transmettre les feuilles d'émargement relatives.		
R9	L'établissement n'organise pas de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.			
R19	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la mise en œuvre du plan de formation n'est pas garantie.			
R24	L'établissement ne réalise pas de sensibilisations régulières sur les transmissions ciblées.			
R25	En l'absence de feuilles d'émargement relatives à des formations aux protocoles, leur réalisation n'est pas garantie.			
E5	Le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 10 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E7	En n'ayant pas consulté le CVS et les instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-7 du CASF.			
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			

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)
	contrat de séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
E4	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 : <ul style="list-style-type: none"> - révisant la composition du CVS conformément à l'article D. 311-5 du CASF, - réunissant le CVS au minimum 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF et en rédigeant des procès-verbaux de réunions signés par le président du CVS conformément à l'article D. 311-20, - établissant le règlement intérieur lors de la 1^{ère} réunion conformément à l'article D. 311-19 du CASF. 	3 mois	
E15	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.		13/12/2023
R2	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.		13/12/2023
R3	Les modalités d'intérim de direction ne sont pas définies.	Recommandation 2 : Définir les modalités d'intérim en l'absence de la directrice.	1 mois	
R4	Les rencontres entre la directrice de l'établissement et le gestionnaire ne sont pas organisées.	Recommandation 3 : Mettre en place des réunions entre la directrice d'établissement et l'organisme gestionnaire et établir des comptes rendus.		13/12/2023

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)
R14	L'absence d'IDEC au sein de la structure ne permet pas d'assurer des missions de coordination des soins et un management de proximité.	Recommandation 4 : Procéder au recrutement d'une IDEC.	1 mois	
R15	L'établissement ne dispose pas d'une fiche de poste pour le poste d'IDEC.	Recommandation 5 : Rédiger la fiche de poste de l'IDEC.	1 mois	
R8	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables.	Recommandation 6 : Formaliser une procédure de gestion interne des événements indésirables ainsi qu'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves et graves associés aux soins.	3 mois	
R10	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins.			
R21	L'établissement ne dispose pas d'une procédure détaillant les modalités d'élaboration des projets personnalisés.	Recommandation 7 : Etablir une procédure détaillant les modalités d'élaboration des projets personnalisés.	2 mois	
R6	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 8 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R7	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 9 : Rédiger un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R23	L'IDE ne participe pas aux transmissions organisées le matin et le soir ce qui ne garantit pas d'assurer la continuité des soins.	Recommandation 10 : Réorganiser les postes de travail des IDE afin qu'elles puissent participer aux transmissions le matin et le soir.	3 mois	
R22	En l'absence de transmission du résultat des études sur les délais de réponse aux appels malades, leur réalisation n'est pas garantie.	Recommandation 11 : Transmettre les résultats des études sur les délais de réponse aux appels malades.	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)
R20	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 12 : Compléter la procédure d'admission.	3 mois	
R12	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 13 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	2 mois	
R13	Le livret d'accueil n'est pas mis à jour.	Recommandation 14 : Mettre à jour le livret d'accueil du nouvel arrivant.	2 mois	
R26	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 15 : Réviser les protocoles de manière périodique.	3 mois	
R11	Aucun compte rendu de RETEX n'a été transmis à la mission de contrôle ce qui ne permet pas de garantir leur mise en œuvre effective.	Recommandation 16 : Transmettre les comptes rendus de RETEX.	1 mois	
R5	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	
R1	L'organigramme, non daté, ne présente pas clairement les liens hiérarchiques et fonctionnels.	Recommandation 18 : Réviser l'organigramme en présentant les liens hiérarchiques et fonctionnels et le dater.	1 mois	
R16	Le taux d'absentéisme des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 19 : Transmettre les taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants.	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)
R17	Le taux de turn over des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			