

Le directeur général

Lille, le 31 MARS 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2020_HDF_0230

LETTRÉ RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RÉCEPTION

Monsieur le directeur,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Saint-Vincent-de-Paul sis 1, rue de la maladrerie à Origny-en-Thiérache (02550) 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 13 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 14 février 2023. En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courent à compter de la réception de la présente.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces 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.

Monsieur Jérôme COUSTENOBLE
Directeur
EHPAD Saint-Vincent-de-Paul
1, rue de la maladrerie
02550 ORIGNY-EN-THIERACHE

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, Monsieur le directeur, l'assurance de ma considération distinguée.



HUGO GILARDI

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Saint-Vincent de Paul à Origny-en-Thiérache (02550) initié le 13/10/2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E.08 E.09 E.10 E.06	<p>E08 : L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, en termes de nombre et de qualification des agents, 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.</p> <p>E09 : En l'absence de personnel suffisant en nombre, la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.</p> <p>E10 : La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 1° du CASF.</p> <p>E06 : En l'absence de personnel suffisamment qualifié la nuit, la sécurité des résidents n'est pas garantie contrairement aux dispositions de l'article L.311-3-2 du CASF.</p>	P1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants, y compris en UVA, 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 L311-3-3° du CASF.	2 mois	
E.07	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 ASH ; 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.	P2 : Mettre fin aux glissements de tâches afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents.	2 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E.5	Le temps de travail du médecin coordonnateur n'est pas suffisant au regard de l'article D.312-156 du CASF.	P3 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D.312-156 du CASF.	2 mois	
R.1	L'organisation de la permanence de direction n'est pas formalisée ni effective, entravant ainsi le bon fonctionnement de l'établissement en cas d'absence du directeur.	R1 : Formaliser dans un document l'organisation de la permanence de la direction en l'absence du directeur, pour garantir un fonctionnement optimal et pour diminuer la vulnérabilité organisationnelle en cas d'aléas.	1 mois	
E.11 R.4 R.8	E.11 : Contrairement à la circulaire DGAS du 22 mars 2007, aucune formation relative à la lutte contre la maltraitance et promotion de la bientraitance n'est organisée au sein de l'établissement. R.4 : Le personnel n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables. R.8 : Aucune sensibilisation interne n'est organisée au sein de l'établissement.	P4 : Mettre en place un plan de formation qui comprendra notamment, et pour l'ensemble du personnel, des sensibilisations internes et des formations relatives à : - la prévention et la lutte contre la maltraitance ; - la promotion de la bientraitance ; - la déclaration des événements indésirables.	1 mois	
E.4	La composition du CVS n'étant pas conforme et, en l'absence de signature systématique des procès-verbaux de réunion par son président, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D311-5 et D311-20 du CASF.	P5 : Assurer un fonctionnement du CVS conforme à la réglementation : - réviser la composition du CVS selon la nouvelle réglementation entrée en vigueur au 01/01/2023 ; - faire systématiquement signer les relevés de conclusions de chaque séance au Président du CVS.	3 mois	
R.2 E.2 E.12	R.2 : Le projet d'établissement n'est pas à jour E.2 : Le plan bleu n'est pas intégré au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-155-4-1 du CASF. E.12 : Le projet de soins n'est pas intégré dans le projet d'établissement et ne contient pas de plan de formation spécifique du personnel concernant les soins palliatifs, ce qui est contraire aux	P6 : Réviser le projet d'établissement, incluant le plan bleu et le projet de soin révisé.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
	dispositions des articles D.312-158 et D311-38 du CASF.			
E.3 R.3	E.3 : Le règlement de fonctionnement n'a pas été présenté aux instances représentatives du personnel conformément à l'article R.311-33 du CASF. R.3 : Le règlement de fonctionnement contient des informations erronées.	P7 : Mettre à jour le règlement de fonctionnement et le présenter aux institutions représentatives du personnel.	3 mois	
E.1	La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas mise en place, contrevenant ainsi à l'article D312-158, 3° du CASF.	P8 : Mettre en place une commission de coordination gériatrique conformément à l'article D.312-158, 3° du CASF.	2 mois	
E.13	En l'absence de précision sur les modalités de son élaboration, et de présentation en commission de coordination gériatrique, le RAMA n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	P9 : Rédiger le prochain RAMA avec le concours de l'équipe soignante et le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique.	3 mois	
R.10	L'horaire de début des couchers ne respecte pas les rythmes de vie des résidents.	R2 : Mettre en place des horaires de coucher qui respectent le rythme de vie des résidents.	1 mois	
R.15	Le personnel n'est pas formé à l'utilisation des protocoles, entravant ainsi leur mise en œuvre.	R3 : Former l'ensemble du personnel aux protocoles.	6 mois	
R.14	Les protocoles ne sont pas élaborés en concertation avec les équipes.	R4 : Mettre à jour les protocoles et les élaborer en concertation avec les équipes.	6 mois	
R.12	En l'absence de précision sur le déroulement des transmissions orales par téléphone, la mission ne peut apprécier valablement leur efficacité.	R5 : Mettre en place des temps de transmissions orales permettant la présence physique des personnels.	1 mois	
R.11	L'établissement ne réalise pas d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	R6 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R.6 R.7 R.13	R.6 : Le personnel de jour ne dispose pas de fiche de tâches, ce qui ne permet pas d'identifier clairement les missions à réaliser chaque jour et selon les spécificités des postes de travail. R.7 : Le personnel de nuit ne dispose pas de fiche de poste ou de fiche de tâches spécifiques au poste de nuit.	R7 : Mettre à jour la fiche de poste ASG, rédiger une fiche de poste pour les personnels de nuit ainsi que des fiches de tâches retraçant les tâches à accomplir sur la journée et la nuit, en tenant compte du rythme de vie et des spécificités de chaque résident.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
	R.13 : La réalisation et la participation aux transmissions orales ne sont pas indiquées dans la fiche de poste de l'ASG.			
R.9	Au regard de la date d'élaboration de la procédure, la mission de contrôle ne garantit pas que celui-ci a été rédigé en concertation avec les équipes.	R8 : Actualiser la procédure d'admission en concertant le personnel concerné	2 mois	
R.5	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	R9 : Formaliser un plan global d'action précisant les actions menées en matière de démarche d'amélioration continue de la qualité.	6 mois	