

Le directeur général

Lille, le 03 JUL. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0217

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD le Tiers Temps sis 27, rue d'Isle à Saint-Quentin (02100) 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 7 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 3 mai 2023. Par courrier reçu par mes services le 1^{er} juin 2023, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

En conséquence, vous trouverez ci-joint le rapport de contrôle modifié ainsi que les décisions finales qui closent la procédure contradictoire.

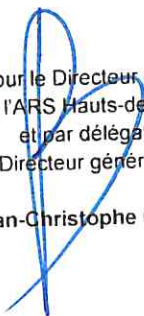
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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.

Monsieur Eric EYGASIER
Directeur général
DOMUSVI
46-48, rue Carnot
92150 SURESNES

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 général, 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

Pièces jointes :

- le rapport de contrôle modifié ;
- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Copie à M. Kevin HERBIN, directeur de l'établissement.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD le Tiers Temps à St Quentin (02100) initié le 7 octobre 2022

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)
E7	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.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant en nombre, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents.	6 mois	
E8	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			
E1	La capacité installée au sein de l'EHPAD n'est pas conforme à la capacité autorisée dans l'arrêté d'autorisation du 28 octobre 2016.	Prescription 2 : Respecter la capacité autorisée.		
E2	Au jour du contrôle, la Commission de Coordination Gériatrique n'a pas été réunie depuis 2018 contrairement aux dispositions de l'article D312-158, 3° CASF.	Prescription 3 : Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an comme le précise l'article D312-158, 3° CASF.		
E11	Le RAMA n'a pas rédigé par le médecin coordonnateur et il n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique contrevient aux dispositions des articles D312-155-3 alinéa 9 et D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 4 : Etablir annuellement un rapport d'activités médicales conformément aux dispositions des articles D312-155-3 alinéa 9 et D312-158 alinéa 10 du CASF.	5 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)
E9	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 dispositions des articles D.312-158 et D311-38 du CASF.	Prescription 5 : En application des dispositions de l'article D312-158-1 du CASF, le médecin coordonnateur doit élaborer le projet de soins avec le concours de l'équipe soignante, et contenir un plan de formation spécifique du personnel concernant les soins palliatifs.		
E10	En ne disposant pas d'un projet général de soins élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E3	En raison de l'absence de consultation du CVS, et en l'absence de précisions sur la manière dont le projet d'établissement a été rédigé, celui-ci contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription 6 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil et le règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires	6 mois	
E4	Le projet d'établissement ne comporte pas de partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, contrairement à l'article D312-160 du CASF.			
E5	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article L311-7 du CASF.			
E6	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.			
R1	L'IDEC ne dispose pas au jour du contrôle de formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 1 : Inscrire l'IDEC dans une formation relative à l'encadrement.	8 mois	
R2	La procédure de gestion interne des événements indésirable est incomplète et ne présente pas clairement la gestion interne des événements indésirables.	Recommandation 2 : <ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour la procédure de gestion interne des événements indésirables - Mettre en place des sensibilisations sur la déclaration des EI/EIG. - Prévoir la mise en place de RETEX suite à l'analyse des EI et EIG survenu au sein de l'établissement. 	3 mois	
R3	L'établissement n'a pas mis en place de sensibilisation sur la déclaration des EI/EIG			
R4	L'organisation de RETEX suite à la survenue d'un événement indésirable grave n'est pas formalisée			

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)
R5	Les actions mises en place dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan d'actions.	Recommandation 3 : Rédiger un plan d'action dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.		
R8	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la mission contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de sensibilisations internes.	Recommandation 4 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux formations internes réalisées		
R9	Le projet de soins ne précise pas les modalités d'élaboration des protocoles.	Recommandation 5 : Préciser dans le projet de soin les modalités d'élaboration des protocoles.	6 mois	
R6	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme pour les AS/AES/AMP élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 6 : Analyser les causes du turn over et de l'absentéisme du personnel, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions.	3 mois	
R7	L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			