

Lille, le 16 NOV. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2023-HDF-00277



Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Isabelle SOUFFLET,
Directrice,
Maison de retraite Paul Ducatteau
24 bis, rue de la Vallée
02110 SEBONCOURT

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Paul Ducatteau situé au 24 bis, rue de la Vallée à Seboncourt (02110) initié le 28 juin 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Paul Ducatteau situé au 24 bis, rue de la Vallée à Seboncourt (02110) 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 28 juin 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 5 septembre 2023.

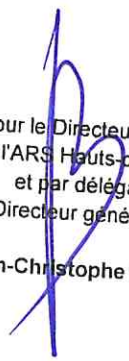
Par courrier reçu le 9 octobre 2023, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

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 Paul Ducatteau à SEBONCOURT (02110) initié le 28 juin 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)
E12	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.	<div style="text-align: right;">effectifs</div> Prescription n°1 : Prévoir quotidiennement les suffisants en nombre et en qualification, garantir la qualité de la prise en charge des résidents l'accompagnement des	1 mois	

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 « ASH Soins » ; 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.	conformément aux dispositions de l'article 3° du CASF.		
----	--	--	--	--

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)
--	--	------------------------	--

E13	Au regard du nombre et de la pathologie (PMP/GMP) des résidents accueillis, la présence IDE n'est pas suffisante pour assurer la sécurité des résidents, au sens de l'article L311-3 1° du CASF.	Prescription n° 2 : Augmenter l'effectif infirmier de sorte à garantir une présence infirmière suffisante en journée, afin de garantir la sécurité, ainsi que la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément à l'article L311-3-1° du CASF.	1 mois	
E10	Le temps de travail du médecin coordonnateur en poste au sein 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 aux articles D312-156 du CASF.	1 mois	
E11	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche poste mentionnant les missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°4 : Formaliser et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.	/	
E1	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 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)
E2	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 : Réinstaller le CVS au sein de l'EHPAD en assurant la tenue de trois réunions par an minimum, et en faisant signer les comptes rendus par le président, conformément aux dispositions des articles L311-6, et D311-3 et suivants du CASF.	4 mois	
E7	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national vérifié à l'embauche, puis à intervalle régulier, dans le dossier de 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 conformément à la réglementation.	/	
E8	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Prescription n°8 : Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	/	

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)
E17	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, contrairement aux dispositions de l'article D311 du CASF.	Prescription n°9 : Rédiger et mettre à jour à minima une fois par an, le projet d'accompagnement personnalisé de chaque résident conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	/	
E16	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF, et 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.	Prescription n°10 : Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF et 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 (cf. page 27 du rapport de contrôle).	3 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)
E3	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°11 : Réviser le projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins conformément aux dispositions des articles L311-8 et D312158 du CASF.	6 mois	
E14	En ne disposant pas d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.			
E4	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°12 : Réviser le plan bleu conformément aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS / VSS2 / DGCS / SD3A / 2022 / 258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD, et au « guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD », avant de l'annexer au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 CASF.	6 mois	
R6	Le plan bleu n'est pas révisé annuellement.			
E5	En ne respectant pas une périodicité de modification (maximum 5 ans) et en n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale et les instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	Prescription n°13 : Réviser le règlement de fonctionnement et consulter le CVS et les instances représentatives du personnel dans le cadre de son élaboration conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	3 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)
E6	Le livret d'accueil n'est pas entièrement 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.	Prescription n°14 : Préciser dans le livret d'accueil, 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 : <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. 	/	
E15	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.	Prescription n°15 : 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.	3 mois	
R16	Les salariés de l'établissement ne bénéficient pas de fiche de fonction, et les fiches de tâches des professionnels soignants et d'hôtellerie sont obsolètes (2014/2015).	Recommandation n°1 : Etablir pour l'ensemble des catégories professionnelles des fiches de fonction / de poste, et actualiser les fiches de tâches existantes.	3 mois	
R14	L'IDEC ne bénéficie pas de fiche de poste, et sa fiche de tâche est obsolète (2014).			

R1	Le directeur d'établissement ne dispose pas d'une fiche de poste formalisant ses missions.		
----	--	--	--

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)
--	--	------------------------	--

R17	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations portant sur les spécificités des personnes accueillies.	Recommandation n°2 : Mettre en place un plan de formation qui comprendra notamment, et pour l'ensemble du personnel, des formations relatives aux spécificités des personnes accueillies.	3 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)
R21	Les professionnels ne sont pas régulièrement formés aux transmissions ciblées.	Recommandation n°3 : Sensibiliser de manière régulière professionnels les aux transmissions ciblées.	3 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)
R7	La démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas déployée au sein de l'établissement.	Recommandation n°4 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en mettant en œuvre un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité, en réalisant des bilans des plaintes et des réclamations des résidents, et en réalisant périodiquement des enquêtes de satisfaction auprès des résidents, de leurs familles et des professionnels.	6 mois	
R20	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'a pas transmis d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°5 : Réaliser régulièrement des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	3 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)
R22	Les protocoles et procédures ne sont pas systématiquement révisés périodiquement.	Recommandation n°6 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	3 mois	
R18	Les procédures de préadmission et d'admission d'un nouveau résident sont incomplètes, et n'ont pas été actualisées depuis 2017.	Recommandation n°7 : Réviser les procédures de préadmission et d'admission d'un nouveau résident, en y intégrant l'ensemble des dispositions réglementaires (cf. page 26 du rapport de contrôle).	/	
R19	En l'absence de transmission d'un(e) procédure / protocole, la mission de contrôle ne peut s'assurer que le processus d'élaboration et de réactualisation des projets d'accompagnement personnalisé est clairement définis.	Recommandation n°8 : Transmettre ou formaliser une procédure d'élaboration et de réactualisation des projets d'accompagnement personnalisé.	/	
R12	Il n'existe ni de procédure ni de livret d'accueil dédié à l'intégration des nouveaux salariés.	Recommandation n°9 : Formaliser une procédure dédiée à l'intégration des nouveaux salariés et rédiger un livret d'accueil du nouvel arrivant.	/	
R8	Les modalités de gestion et de traitement des événements indésirables, après déclaration, ne sont pas formalisées.	Recommandation n°10 : Formaliser une procédure de gestion interne des événements indésirables présentant les étapes successives de traitement des événements indésirables après déclaration.	3 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)
R10	Il n'existe pas de procédure, ni de protocole de signalement et de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	Recommandation n°11 : Formaliser une procédure de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS) ¹ .	3 mois	
R11	En l'absence de transmission des comptes rendus de RETEX, la mission de contrôle ne peut s'assurer que la méthodologie est correctement déployée au sein de l'établissement.	Recommandation n°12 : 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.	3 mois	
R15	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.	Recommandation n°13 : Étudier les causes du taux de turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	/	

¹ <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/je-travaille-en-etablissement-medico-social>

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)
R13	En l'absence de transmission des attestations de formation, la mission de contrôle ne peut s'assurer de la formation effective de l'IDEC à l'encadrement.	Recommandation n°14 : Transmettre les attestations de formation à l'encadrement de l'IDEC.	/	
R23	L'établissement n'a pas conclu de partenariat avec une officine.	Recommandation n°15 : Conclure un partenariat avec une officine.	3 mois	

R9	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations en interne, ce qui ne permet pas de les valoriser.	Recommandation n°16 : Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence.	3 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)
R2	Les modalités d'organisation des astreintes de direction n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.	Recommandation n°17 : contrôle Transmettre à la mission de davantage de des précisions sur : <ul style="list-style-type: none"> les modalités d'orga astreintes de direction ; les modalités d'intérim en l'abs des directeur ; les modalités d'organisation réu conseil des échanges entre l'EHPAC d'administration ; les modalités d'organisation des institutionnelles de type CODIR 	/	
R3	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.			

R4	Les modalités d'organisation des réunions et des échanges entre l'EHPAD et le conseil d'administration n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.		
R5	Les modalités d'organisation des réunions institutionnelles de type CODIR n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.		
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)

--	--	--	--	--