

Lille, le **11 JUIL. 2024**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00109


Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur DOURNEL Christophe
Directeur d'établissement
EHPAD Liévin Petitprez
12, rue du 8 mai 1945
59190 MORBECQUE

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Liévin Petitprez sis 12, rue du 8 mai 1945 à Morbecque (59190) initié le 27 février 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Liévin Petitprez sis 12, rue du 8 mai 1945 à Morbecque (59190) 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 27 février 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 28 mai 2024.

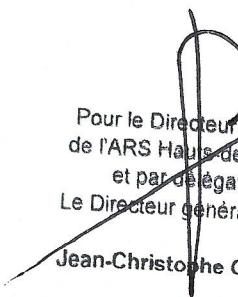
Par courrier reçu le 12 juin 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

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'agence régionale de santé, 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 dérogation
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 Liévin Petitprez à MORBECQUE (59190) initié le 27/02/2024

Dans le cadre du contradictoire, l'établissement a demandé à ce que la mise en œuvre des mesures débute à la fin des deux intérim assurés par la direction. Au regard de cette charge de travail supplémentaire et à titre exceptionnel, l'équipe d'inspection a prolongé certains délais (absence d'aspect sécuritaire et nécessité de travaux de groupes).

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)
E8	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 agents de 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.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E10	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire (de jour et de nuit), en termes 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 L. 311-3, 1° du CASF.			
E6	En ne vérifiant pas systématiquement le bulletin du casier judiciaire national et en ne renouvelant pas régulièrement les demandes d'extraits de casiers, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 311-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès des personnes vulnérables.	Prescription 2 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 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)
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 3 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	6 mois	
E2	En ne réunissant pas le conseil de la vie sociale trois par an, et en l'absence de signature des procès-verbaux de CVS par son président, les modalités de fonctionnement du conseil de vie sociale contreviennent aux dispositions des articles D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 4 : Réunir le CVS trois fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF, transmettre les procès-verbaux de CVS signés par le Président ainsi que la composition du CVS.	9 mois	
R5	La composition du CVS (procès-verbal des élections) n'a pas été remise à la mission de contrôle.			
E3	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 5 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, , livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E4	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.			
E5	L'établissement ne dispose pas, au jour d'un contrôle, d'un livret d'accueil conformément à l'article L.311-4 du CASF.			
E12	La réalisation d'un avenant dans un délai maximum de 6 mois, précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne accueillie, n'est pas mentionnée dans le contrat de séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
E11	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E7	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du	Prescription 6 : Formaliser la procédure de gestion externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins et	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)
	28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	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.		
R11	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins.			
E9	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 7 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	5 mois	
E13	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé ou d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 8 : Transmettre la programmation annuelle de révision des projets personnalisés, établir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.		
R23	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.		5 mois	
E14	Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels, dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé au jour du contrôle contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
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 9 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		12/06/2024
R13	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 1 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	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)
R6	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 2 : Dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité: - mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles ; - réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière ; - réaliser un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers ; - réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects ; et tenir compte de ces résultats pour établir un plan d'actions qualité.		
R7	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions récent dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.			
R8	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.			
R25	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées.			
R9	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables.	Recommandation 3 : Formaliser la procédure de gestion interne des événements indésirables en prévoyant et en organisant la réalisation de RETEX.		
R12	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.			
R13	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche poste précisant les missions qui lui sont confiées au regard des dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
R1	Le directeur d'établissement ne dispose pas de fiche de poste, ses missions ne sont pas formalisées.	Recommandation 4 : Rédiger la fiche de poste du directeur, du médecin coordonnateur et de l'IDEC.		
R16	Les missions d'encadrement et de coordination des soins de l'infirmière coordinatrice ne sont pas formalisées dans une fiche de poste.			

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'intérim en l'absence du directeur n'ont pas été précisée à la mission de contrôle.	Recommandation 5 : Définir les modalités d'intérim en l'absence du directeur.	6 mois	
R3	Les modalités d'organisation des CODIR n'ont pas été précisées à la mission de contrôle.	Recommandation 6 : Transmettre les modalités d'organisation des CODIR et rédiger des comptes rendus de manière systématique.	5 mois	
R4	Les réunions institutionnelles ne font pas l'objet d'une traçabilité, notamment par le moyen de comptes rendus.			
R15	Le contrat de travail et la fiche de paie de l'infirmière coordinatrice n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 7 : Transmettre le contrat de travail et la fiche de paie de l'IDEC.		12/06/2024
R20	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations portant sur les spécificités du public accueilli.	Recommandation 8 : Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies.	9 mois	
R19	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la mission contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de sensibilisations internes/formations externes.	Recommandation 9 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement concernant les formations internes/externes relatives à la déclaration des événements indésirables ainsi qu'aux protocoles de prise en charge.	3 mois	
R28	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie.			
R10	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			
R22	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 10 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	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)
R24	L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'élaboration des PAP formalisée.	Recommandation 11 : Formaliser un protocole d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés.	5 mois	
R27	L'ensemble du personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées.	Recommandation 12 : Former l'ensemble des professionnels aux transmissions ciblées.	5 mois	
R29	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 13 : Évaluer les protocoles de façon périodique.	9 mois	
R17	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 14 : Étudier les causes du taux d'absentéisme et de turn-over des équipes soignants, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	9 mois	
R18	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.			
R21	L'établissement n'a pas transmis de rapport annuel d'activité médicale.	Recommandation 15 : Transmettre le RAMA 2023	3 mois	
R26	L'établissement n'a pas transmis les horaires de transmissions orales.	Recommandation 16 : Transmettre les modalités d'organisation des transmissions orales.	3 mois	