

Le directeur général

Lille, le 21 JUL. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2023-HDF-00020

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la directrice générale,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Pierre Wautriche situé au 279 rue Voltaire à SIN-LE-NOBLE (59450) 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 février 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 07 juin 2023.

Par courriel reçu par mes services le 03 juillet 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 Delphine Langlet
Directrice générale
Fondation Partage & Vie
11 rue de la Vanne
92126 MONTROUGE

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 générale, l'assurance de ma considération distinguée.



Hugo GILARDI

Copie à Madame Laurence HERBACH, la directrice de l'établissement

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Pierre Wautriche à SIN-LE-NOBLE (59450) initié le 28 février 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)
E10	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.	Prescription n°1 : Prévoir quotidiennement, et notamment en UVA, les effectifs suffisants 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.	1 mois	
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 agents de soins non qualifiés ; 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.			
E12	En l'absence de personnel en nombre suffisant (une seul(e) AS), durant certaines plages horaires, la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1 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)
E11	Au regard de la pathologie des résidents accueillis (PMP/GMP), la présence IDE n'est pas suffisante le week-end pour assurer la sécurité des résidents, au sens de l'article L311-3 1° du CASF.	Prescription n°2 : Assurer une présence infirmière continue en journée le week-end et tous les jours de semaine, 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.	5 mois	
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	Prescription n°3 : Augmenter le temps de travail médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	1 mois	
E9	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°4 : Actualiser, et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 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)
E2	La composition actuelle et le règlement intérieur du CVS, ne sont pas conformes aux dispositions des articles D311-3 et suivants du CASF.	Prescription n°5 : Organiser de nouvelles élections du CVS, et modifier le règlement intérieur en conséquence, de telle sorte que l'organisation du CVS soit conforme aux dispositions des articles D311-3 et suivants du CASF.	/	
E1	La composition de la commission de coordination gériatrique n'est pas conforme aux dispositions de l'article 1 de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°6 : Revoir la composition de la commission de coordination gériatrique, notamment en y intégrant la psychologue, la psychomotricienne, et un représentant du CVS.	6 mois	
E14	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°7 : Mettre à jour à minima une fois par an, le projet d'accompagnement personnalisé de chaque résident.	3 mois	
E3	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°8 : Réviser le projet d'établissement, en y intégrant le projet de soins et un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique conformément aux dispositions des articles L311-8 et D312-160 du CASF.	9 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)
E4	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique est incomplet et n'est pas annexé au projet d'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.			
E13	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.			
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°9 : 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.	6 mois	
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°10 : 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, et notamment du conseil départemental. 	12 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)
R3	Les diplômes, les contrats et les extraits de casiers judiciaires n'ont pas été remis de manière exhaustive à la mission de contrôle.	Recommandation n°1 : Transmettre de manière exhaustive à la mission de contrôle, l'ensemble des diplômes, des contrats de travail initiaux, et des extraits de casiers judiciaires.	/	
R8	Les professionnels soignants ne bénéficient pas de fiches de tâches.	Recommandation n°2 : Formaliser les fiches de tâches des professionnels soignants (qualifiés, et agents de soins).	3 mois	
R9	Au jour du contrôle, l'établissement n'a pas formalisé son RAMA pour l'année 2022.	Recommandation n°3 : Formaliser le RAMA 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)
R6	Les comptes rendus de COPIL qualité n'apportent pas de détails sur la méthodologie des CREX réalisés dans le cadre de l'analyse des événements indésirables.	Recommandation n°4 : Valoriser dans les comptes rendus de COPIL, la méthodologie utilisées (CREX) pour analyser les événements indésirables survenus: 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	
R5	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	Recommandation n°5 : Formaliser une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	4 mois	
R11	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, à la prévention de l'incontinence, et aux soins palliatifs.	Recommandation n°6 : Formaliser les protocoles / procédures liés aux prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD, sur les thématiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • les troubles du comportement ; • la prévention de l'incontinence ; • les soins palliatifs. 	3 mois	
R7	Il n'existe pas de procédure d'accueil et d'intégration d'un nouveau salarié.	Recommandation n°7 : Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration d'un nouveau salarié.	3 mois	
R2	La procédure de « gestion des fiches de signalement des actes de maltraitance », ne mentionne pas les différentes formes de maltraitance et les actions de prévention menées en interne.	Recommandation n°8 : Actualiser la procédure « gestion des fiches de signalement des actes de maltraitance » en y intégrant davantage d'informations sur les différentes formes de maltraitance, et sur les actions de prévention menées en interne.	/	

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	La procédure d'admission d'un nouveau résident est incomplète, et ne précise que partiellement les rôles de chacun dans le processus.	Recommandation n°9 : Réactualiser la procédure d'admission d'un nouveau résident en y intégrant l'ensemble des modalités prévues par la réglementation, dont notamment : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le droit de désignation d'une personne de confiance par le nouveau résident ; ▪ Les modalités qui visent à s'assurer du consentement de la personne accueillie ; ▪ Une description des différentes prestations offertes et l'information sur les tarifs en vigueur ; ▪ Une évaluation des besoins d'accompagnement, et le recueil des habitudes et des attentes de la personne ▪ Le rôle du médecin coordonnateur, notamment pour l'évaluation du besoin en soins du nouveau résident ; ▪ Les délais de remise du contrat de séjour. 	3 mois	
R12	Les protocoles et procédures ne sont pas systématiquement révisés périodiquement.	Recommandation n°10 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	6 mois	
R1	Tous les temps d'échange ne font pas l'objet d'une traçabilité, notamment par le moyen de comptes rendus.	Recommandation n°11 : Rédiger pour chaque temps d'échange, un compte rendu permettant d'assurer une meilleure traçabilité.	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)
R4	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations en interne, ce qui ne permet pas de les valoriser.	Recommandation n°12 : Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence.	3 mois	