

Le directeur général

Lille, le **09 MAI 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2022-HDF-0232


LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Désiré Delattre situé au 21 rue Charcot à LENS (62300) 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 22 février 2023.

Par courrier reçu par mes services le 17 mars 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

Monsieur SUEUR Ludovic,
MAPAD Désiré Delattre
21 rue Charcot
62300 LENS

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, Monsieur le directeur, 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

Pièce(s) jointe(s) :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre
Contrôle sur pièces de l'EHPAD Désiré Delattre à LENS initié le 13/10/2022

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)
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.			
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 ; 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 : Prévoir quotidiennement 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.	9 mois	
E11	En l'absence de personnel qualifié, en nombre suffisant, la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.			
E7	Le temps de travail du médecin coordonnateur n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,8 ETP conformément aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	/	/
E8	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas les missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 3 : Actualiser, 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 4 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	6 mois	
E6	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D311-9 et D311-20 du CASF.	Prescription 5 : Revoir les modalités d'élection du président et du vice-président du CVS, et faire signer les comptes rendus par le président, conformément aux dispositions des articles D311-9 et D311-20 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)
E13	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 D311 du CASF.	Prescription 6 : Mentionner dans le contrat de séjour qu'un avenant dans un délai maximum de 6 mois, précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne accueillie doit être réalisé conformément à l'article D311 du CASF.	/	/
E2	En l'absence de précisions sur les modalités d'élaboration et de consultation du conseil de la vie sociale (CVS), le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription 7 : Intégrer au projet d'établissement les modalités de son élaboration et de consultation du CVS, ainsi qu'un plan détaillé mentionnant 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.	3 mois	
E3	En n'intégrant pas dans le projet d'établissement un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique l'établissement contrevient à l'article D312-160 du CASF.			
E4	En ne définissant pas une périodicité de modification du règlement de fonctionnement (maximum 5 ans) et en l'absence de consultation du CVS et des instances représentatives du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	Prescription 8 : Définir une périodicité de modification du règlement de fonctionnement (maximum 5 ans) 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	
E5	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.	Prescription 9 : Préciser dans le livret d'accueil, les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance, ainsi que les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental) 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.	/	/
E12	Le RAMA de l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription 10 : Revoir le contenu du RAMA, le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire co-signer par le médecin coordonnateur et le directeur, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	6 mois	
R3	Au jour du contrôle, l'IDEC ne dispose pas de formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 1 : Inscrire l'IDEC dans une formation spécifique à l'encadrement.	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)
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.	Recommandation 2 : Etudier les causes du turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	/	/
R11	Chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an.	Recommandation 3 : Mettre à jour à minima une fois par an, le projet d'accompagnement personnalisé de chaque résident.	6 mois	
R13	Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels, ces derniers n'étant pas renseignés lors de l'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés.	Recommandation 4 : Revoir la trame du projet d'accompagnement personnalisé, en prévoyant : <ul style="list-style-type: none">• le renseignement des rythmes de vie individuels ;• la possibilité de poser des objectifs et des modalités d'accompagnement pour chaque résident ;• la signature des personnes accueillies ou de leurs représentants légaux.	/	/
R10	La trame du projet d'accompagnement personnalisé ne prévoit pas de poser des objectifs et des modalités d'accompagnement pour chaque résident.			
R12	La trame du projet d'accompagnement personnalisé ne prévoit pas la signature des personnes accueillies ou de leurs représentants légaux.			
R2	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 5 : Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement.	1 mois	
R1	Les modalités d'organisation des astreintes manquent de formalisme.	Recommandation 6 : Formaliser l'organisation des astreintes, afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes positionnées.	/	/
R14	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas systématiquement d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation 7 : Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	3 mois	
R8	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formation sur les spécificités des personnes accueillies.	Recommandation 8 : Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies.	9 mois	
R9	La procédure d'admission est incomplète et n'a pas été actualisée depuis 2013.	Recommandation 9 : Réactualiser la procédure d'admission d'un nouveau résident, en y intégrant le rôle du médecin coordonnateur, et les délais de signature du contrat de séjour.	/	/

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	Le personnel n'est pas sensibilisé de manière régulière à la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 10 : Former de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables.	6 mois	
R5	La procédure de « déclaration d'un événement indésirable grave » n'aborde pas le processus de déclaration obligatoire des événements indésirables, et des événements indésirables graves devant être signalés auprès de l'ARS et du conseil départemental.	Recommandation 11 : Réactualiser la procédure de « déclaration d'un événement indésirable grave » en intégrant le processus de déclaration obligatoire des événements indésirables, et des événements indésirables graves devant être signalés auprès de l'ARS et du conseil départemental.	/	/
R6	L'établissement ne mentionne pas dans ses procédures internes la réalisation de RETEX suite à la survenue d'un EIG ou EIGS.	Recommandation 12 : Mentionner dans les procédures internes la réalisation de RETEX dans le cadre de l'analyse des EIG ou EIGS.	/	/
R15	Les protocoles ne sont pas rédigés en concertation avec les équipes.	Recommandation 13 : Impliquer les équipes dans l'élaboration des procédures / protocoles, afin de favoriser leur appropriation.	/	/
R17	Les protocoles et procédures ne sont pas systématiquement évalués périodiquement.	Recommandation 14 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	/	/
R16	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations et des formations en interne, ce qui ne permet pas de les valoriser.	Recommandation 15 : Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence.	3 mois	