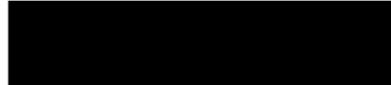


Le directeur général

Lille, le

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE ET DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00269



LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Saint Albert sis 26 rue du 8 mai 1945 à AUCHY-LES-HESDIN (62770) 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 21 juin 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 8 septembre 2023.

En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courront à compter de la réception de la présente.

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 Yves KIMMERLIN
Président de l'Association Saint Albert – Les 7 Vallées
26 rue du 8 mai 1945
62770 AUCHY-LES-HESDIN

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 président, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le directeur général et par délégation,

Copie à Madame Simone TROTIN, 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 Saint Albert à AUCHY-LES-HESDIN (62770) initié le 21 juin 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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)
E5	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.	<p>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. 311-2-1° du CASF.</p>	1 mois	
E7	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour (y compris en UVA), 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 L. 311-3-3° du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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	La prise en charge des résidents au sein de l'UVA le jour n'étant pas systématiquement assurée par du personnel qualifié, la sécurité des résidents n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	Prescription 2 : Positionner du personnel qualifié le jour et la nuit en UVA afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-2-1° du CASF.	1 mois	
E9	La surveillance de nuit au sein de l'UVA n'étant pas assurée par du personnel qualifié, la sécurité des résidents n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
E6	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-155-0 du CASF.	Prescription 3 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	3 mois	
E1	Au jour du contrôle, la commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription 4 : Constituer et réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	4 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement.	Prescription 5 : Faire cosigner le RAMA par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement conformément à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	1 mois	
E10	Au jour du contrôle, l'établissement ne dispose pas d'un projet général de soins en vigueur ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 6 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois	
E4	Les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance, de l'ARS et du Conseil Départemental ne sont pas précisées dans le livret d'accueil ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 7 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil, contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E3	Au jour du contrôle, 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.			
E12	En ne précisant pas le délai maximal de 6 mois pour la réalisation de l'avenant au contrat de séjour, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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	En ne se réunissant pas au minimum trois fois par an et en l'absence de signature des comptes-rendus de réunions par la Présidente, le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	<p>Prescription 8 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réunissant le CVS au minimum trois fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF, - faisant signer systématiquement les procès-verbaux des réunions de CVS par sa présidente conformément à l'article D. 311-20 du CASF. 	3 mois	
E13	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	<p>Prescription 9 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois suivant 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.</p>	3 mois	
R7	Les projets d'accompagnement des résidents ne sont pas évalués périodiquement.			
E14	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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.	<p>Prescription 10 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.</p>	Dès réception du rapport	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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)
R8	Les transmissions ne sont pas ciblées ce qui ne garantit pas d'assurer la continuité des soins.	Recommandation 1 : Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci.	5 mois	
R2	En l'absence de précisions concernant le contenu de la formation TITAN, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 2 : Transmettre le contenu de la formation réalisée sur le logiciel TITAN afin de s'assurer que le personnel est formé à la déclaration des évènements indésirables.	1 mois	
R6	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 3 : Compléter la procédure d'admission.	3 mois	
R4	L'établissement a renseigné un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 4 : Etudier les causes du taux d'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.	Recommandation 5 : Mettre à jour la procédure de gestion des événements indésirables en mentionnant la réalisation de RETEX.	3 mois	
R9	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement et à la fin de vie.	Recommandation 6 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement et à la fin de vie.	3 mois	
R10	L'évaluation périodique des protocoles n'est pas respectée.	Recommandation 7 : Evaluer les protocoles de manière périodique.	6 mois	
R1	La directrice ne dispose pas d'une fiche de poste détaillant les missions qui lui sont confiées.	Recommandation 8 : Etablir la fiche de poste de la directrice.	3 mois	
R5	L'établissement ne dispose pas de fiches de postes pour les postes d'IDE, AS/AMP et ASH.	Recommandation 9 : Etablir les fiches postes pour les postes d'IDE, AS/AMP et ASH.	3 mois	