

Lille, le **30 MAI 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0211

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Thierry PLANTARD
Directeur du Centre Hospitalier de
CORBIE
33 rue Gambetta
80800 CORBIE

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Gambetta sis 33 rue Gambetta à CORBIE (80800) initié le 28 septembre 2022.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Gambetta sis 33 rue Gambetta à CORBIE (80800) 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 septembre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 24 février 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 courent 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.

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 Gambetta à CORBIE (80800) initié le 28 septembre 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)
E7	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-3° du CASF.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches et 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 L. 311-3-3° du CASF.	2 mois	
E6	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.			
E8	En l'absence de personnel suffisamment qualifié (une seule AS), la sécurité des résidents de l'UVP n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 1 du CASF.			
R5	La surveillance des résidents de l'UVP la nuit n'est pas suffisante.			
E5	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur et de cheffe de pôle au détriment de ses missions de coordination selon l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2 : S'assurer que le temps de travail (1 ETP) du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF et mettre à jour sa fiche de poste conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	2 mois	
R2	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne mentionne pas l'ensemble des missions prévues à l'article D. 312-158 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)
E12	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 3 : Etablir les projets d'accompagnement personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF, s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets d'accompagnement personnalisés est réalisée, qu'un référent du projet d'accompagnement personnalisé est nommé pour chaque résident et que les projets d'accompagnement personnalisés sont signés par la personne accueillie ou par son représentant légal.	3 mois	
R7	Les projets d'accompagnement personnalisés des résidents ne sont pas évalués périodiquement.			
R8	Le référent du projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident n'est pas désigné.			
R9	Le projet d'accompagnement personnalisé n'est pas signé par la personne accueillie ou par son représentant légal, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS.			
E9	Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et au développement de la bientraitance n'est organisée au sein de l'établissement.	Prescription 4 : Mettre en place un plan de formation qui comprendra, pour l'ensemble du personnel, des formations relatives à la prévention et la lutte contre la maltraitance et à la promotion de la bientraitance, ainsi que des sensibilisations internes sur la déclaration des événements indésirables.	2 mois	
R3	L'établissement n'organise pas régulièrement de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.			
E3	Le livret d'accueil n'est pas conforme 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.	Prescription 5 : Les documents institutionnels (projet d'établissement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E1	En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E2	En n'intégrant pas le plan bleu dans le projet d'établissement, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
E10	En ne disposant pas d'un projet de soins à jour, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 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	L'établissement n'a pas établi de rapport annuel médical d'activité (RAMA) contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	Prescription 6 : Rédiger un rapport annuel médical d'activité (RAMA) conformément aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	2 mois	
E4	En ne se réunissant pas 3 fois par an, le fonctionnement du CVS n'est pas conforme à l'article L. 311-16 du CASF.	Prescription 7 : Réunir le CVS 3 fois par an, conformément à l'article D. 311-16 du CASF.	3 mois	
E13	La collation nocturne n'est pas systématiquement proposée, ce qui contrevient aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Prescription 8 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
R1	Les comptes-rendus des réunions institutionnelles ne sont pas rédigés.	Recommandation 1 : Rédiger les comptes rendus des réunions institutionnelles.	3 mois	
R6	Il n'existe pas de fiche de tâches pour les fonctions AMP/AES, ainsi que de fiche de poste et fiche de tâches spécifiques pour les personnels de l'UVP.	Recommandation 2 : Rédiger les fiches de tâches pour l'aide médico-psychologique (AMP) / l'accompagnant éducatif et social (AES), ainsi que de fiche de poste et fiche de tâches spécifiques pour les personnels de l'unité de vie protégée (UVP).	1 mois	
R4	Il n'existe pas de procédure d'accueil formalisée du nouvel arrivant au sein de l'EHPAD.	Recommandation 3 : Formaliser la procédure d'accueil du nouvel arrivant au sein de l'EHPAD.	1 mois	
R10	Dans le cadre de la démarche continue d'amélioration de la qualité, l'établissement ne réalise pas d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation 4 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades.	3 mois	