

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00130


Lille, le **14 DEC. 2023**

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Olivier MALLET
Directeur de l'EHPAD Résidence La
Forêt
2 avenue des Fusillés
80150 CRECY-EN-PONTHIEU

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence La Forêt sis 2 avenue des Fusillés à CRECY-EN-PONTHIEU (80150) initié le 24 avril 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence La Forêt sis 2 avenue des Fusillés à CRECY-EN-PONTHIEU (80150) 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 24 avril 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 23 octobre 2023.

Par courrier reçu le 22 novembre 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 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.

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 Résidence La Forêt à CRECY-EN-PONTHIEU (80150) initié le 24 avril 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)
E11	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'État 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 : Mettre fin aux 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, 1 ^o du CASF.	1 mois	
E12	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 et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3, 1 ^o du CASF.			
E1	La capacité installée au sein de l'EHPAD n'est pas conforme à la capacité autorisée selon l'arrêté d'autorisation du 16/02/2017.	Prescription 2 : Respecter l'arrêté d'autorisation.	/	17/11/2023
E10	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	Prescription 3 : Recruter un médecin coordonnateur.	2 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 commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription 4 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E13	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	Prescription 5 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E4	En l'absence de précisions sur la date de consultation du CVS, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E5	Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription 6 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	5 mois	
E6	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 R. 311-33 du CASF.			
E7	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			

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)
	renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.			
R4	Les informations contenues dans le livret d'accueil ne sont pas à jour.			
E14	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
E3	Les procès-verbaux ne sont pas systématiquement signés par le président du Conseil de la vie sociale.	Préconisation 7 : Mettre en conformité le CVS au niveau de la signature des procès-verbaux par le président et transmettre le règlement intérieur.	2 mois	
R3	Le règlement intérieur du CVS n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
E9	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Préconisation 8 : 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.	4 mois	
E8	La mission de contrôle constate que l'ensemble des extraits de casier judiciaire n'est pas régulièrement renouvelé contrairement aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	Préconisation 9 : Renouveler régulièrement les extraits de casiers judiciaires.	3 mois	
R6	Au jour du contrôle, l'ensemble des contrats, des diplômes et des extraits de casier judiciaire du personnel soignant n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 1 : Transmettre à la mission de contrôle l'ensemble des contrats, des diplômes et des extraits de casier judiciaire du personnel soignant.	3 mois	
R17	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 2 : Inscrire l'IDEC dans une formation dédiée 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)
R16	Le temps de travail consacré à la coordination des soins est insuffisant.	Recommandation 3 : Augmenter le temps de travail consacré à la coordination des soins.	1	17/11/2023
R19	L'établissement ne prévoit pas régulièrement de sensibilisations internes.	Recommandation 4 : Mettre en place des sensibilisations internes.	5 mois	
R26	Le personnel n'est pas formé aux protocoles.	Recommandation 5 : Former le personnel aux protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques.	4 mois	
R5	L'établissement n'a pas transmis le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	Recommandation 6 : Transmettre le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	4 mois	
R7	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 7 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	4 mois	
R8	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 8 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R9	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 9 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	4 mois	
R10	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions.	Recommandation 10 : Rédiger un plan d'action concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R11	La procédure de gestion interne des événements indésirables est incomplète et ne présente pas clairement la gestion interne des événements indésirables.	Recommandation 11 : Actualiser la procédure de gestion interne des événements indésirables, mentionner la réalisation de RETEX et l'appliquer.	4 mois	
R12	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.			

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	Les transmissions effectuées au sein de l'établissement ne sont pas ciblées.	Recommandation 12 : Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement.	4 mois	
R22	L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'élaboration des PAP formalisée.	Recommandation 13 : Formaliser le protocole d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés.	4 mois	
R23	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 réalisées que de manière occasionnelle suite à incident ou réclamation.	Recommandation 14 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière et non uniquement suite à un incident ou une réclamation.	3 mois	
R25	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 15 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	4 mois	
R20	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 16 : Mettre à jour la procédure d'admission.	2 mois	
R14	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant formalisée.	Recommandation 17 : Formaliser la procédure d'accueil du nouvel arrivant.	4 mois	
R2	Le directeur ne dispose pas de fiche de poste.	Recommandation 18 : Rédiger la fiche de poste du directeur.	1 mois	
R18	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de tâches notamment les IDE et ASH.	Recommandation 19 : Etablir la fiche de tâches pour les infirmiers et les agents de service hospitalier.	1 mois	
R1	L'organigramme n'est pas daté.	Recommandation 20 : Dater l'organigramme.	1 mois	
R13	Aucun compte rendu de RETEX n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 21 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus de RETEX.	4 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)
R15	L'établissement n'a pas transmis le livret d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 22 : Transmettre le livret d'accueil du nouvel arrivant.	4 mois	
R21	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets d'accompagnement personnalisés.	Recommandation 23 : Transmettre la programmation annuelle de révision des PAP.	4 mois	
R27	En l'absence de dates de mise à jour des protocoles dans le document transmis, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	Recommandation 24 : Transmettre la liste des protocoles en vigueur avec date d'élaboration et de révision.	4 mois	