

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00440



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Aurore LAVALLARD
Directrice
EHPAD d'EPEHY
18 rue Raoul Trocmé
80740 EPEHY

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD d'EPEHY sis 18 rue Raoul Trocmé à EPEHY (80740) initié le 18 octobre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD d'EPEHY sis 18 rue Raoul Trocmé à EPEHY (80740) 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 18 octobre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 04 mars 2024.

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 d'EPEHY à EPEHY (80740) initié le 18 octobre 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	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 : Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant en nombre et en qualification, de jour comme de nuit y compris au sein de l'UVA, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents, et de respecter leur rythme de vie conformément aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.	1 mois	
E9	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, de jour, en termes de nombre (IDE, AS) 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° du CASF.			
R8	Au regard du nombre de CDD et d'intérimaires au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.			
E15	Au regard de la charge de travail des personnels soignants et de l'absence d'élaboration des projets de vie individualisés, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
E10	Le fonctionnement du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) n'est pas conforme à l'Article D312-155-0-1 du CASF et du cahier des charges relatives aux PASA, en raison de la présence d'une seule Aide-Soignante, et en étant ouvert seulement 6 jours sur le mois de septembre 2023.	Prescription 2 : Mettre en conformité le fonctionnement du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) selon l'Article D312-155-0-1 du CASF et s'assurer de son ouverture quotidienne	1 mois	
E14	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 personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après 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.	3 mois	
E16	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	Prescription 4 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
	supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.			
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0,60 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 5 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,6 ETP conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF et créer sa fiche de poste précisant les missions qui lui sont confiées au regard de l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
R9	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche poste précisant les missions qui lui sont confiées et relatives à l'article D. 312-158 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 6 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	4 mois	
E12	Le projet général de soins est incomplet et n'est que partiellement intégré dans le projet d'établissement en vigueur, ce qui est contraire aux dispositions des articles D. 312-158 et D311-38 du CASF.	Prescription 7 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation et qui devra être intégré dans le projet d'établissement en application des articles D.312-158 du CASF.	6 mois	
E13	Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA) n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3	Prescription 8 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
	alinéa 9 du CASF.	312-158, alinéa 10 du CASF et transmettre le RAMA de l'année 2022.		
R15	Le RAMA de l'année 2022 n'a pas été remis à la mission de contrôle.			
E2	Le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5 et D311-16 et D.311-20 du CASF.	Prescription 9 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément aux dispositions des articles D. 311-5, D.311-16 et D. 311-20 du CASF.	3 mois	
E4	Le plan bleu n'est pas conforme aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS/VSS2/DGCS /SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription 10 : Rédiger un plan bleu détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique conformément 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, et l'annexer au projet d'établissement	6 mois	
E5	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.			
E3	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement conforme aux dispositions des articles L.311-8, D311-38 et D312-155-3 alinéa 1° du CASF	Prescription 11 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement et le livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires	3 mois	
E6	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et sur les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 1 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	
R20	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la contention, aux troubles du comportement, à la prévention de l'incontinence, à la douleur et aux soins palliatifs.	Recommandation 2 : <ul style="list-style-type: none"> - Etablir et transmettre les protocoles relatifs à la contention, aux troubles du comportement, à la prévention de l'incontinence, à la douleur et aux soins palliatifs. - Transmettre les feuilles d'émargement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes ; - Évaluer les protocoles de façon périodique. 	3 mois	
R21	Le personnel n'est pas formé et sensibilisé régulièrement aux protocoles.			
R22	Les protocoles ne sont pas tous évalués de façon périodique.			
R7	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 3 : Transmettre les feuilles d'émargement attestant la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables, aux formations internes/externes et aux sensibilisations sur les transmissions ciblées.	1 mois	
R14	En l'absence de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations internes/externes, la formation du personnel n'est pas garantie.			
R19	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.			
R6	L'établissement ne dispose pas d'un plan d'actions prenant en compte les résultats des enquêtes de satisfaction, ni des bilans des		3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
	plaintes et réclamations, dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 4 : Etudier les délais de réponse aux appels malade et rédiger un plan d'action prenant en compte les résultats de cette étude, les résultats des enquêtes de satisfaction, les bilans des plaintes et réclamations dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité		
R17	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 une plainte.			
R5	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 5 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	3 mois	
R18	L'IDE n'est pas présente aux transmissions orales organisées en pluridisciplinarité lors des changements de poste jour/nuit.	Recommandation 6 : Mettre en œuvre et organiser en pluridisciplinarité les transmissions orales lors des changements de poste au sein de l'établissement.	1 mois	
R12	L'ASH ne dispose pas d'une fiche de poste distincte de celle de l'AS/AMP/AES.	Recommandation 7 : Rédiger les fiches de poste pour la directrice et l'ASH afin qu'elle soit distincte de celle de l'AS/AMP/AES, ainsi que les fiches de tâches pour les IDE et les ASH.	1 mois	
R13	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de tâches notamment les IDE et les ASH.			
R11	Le personnel dédié à l'UVA ne dispose pas de planning spécifique.	Recommandation 8 : Etablir un planning spécifique pour le personnel dédié à l'UVA.	1 mois	
R10	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 9 : Etudier les causes de turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
		d'actions.		
R2	Aucune modalité d'intérim n'est définie en cas d'absence de la direction.	Recommandation 10 : Définir les modalités d'intérim en l'absence de la direction.	1 mois	
R3	Les modalités d'organisation des réunions et des échanges entre l'EHPAD et le conseil d'administration n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.	Recommandation 11 : Mettre en place des réunions entre l'EHPAD et le conseil d'administration et établir des comptes rendus.	3 mois	
R4	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 12 : Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière et établir des comptes rendus.	2 mois	