



Lille, le **07 NOV. 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00333



Le directeur général de l'agence régionale de santé

à

Madame Corinne MADUREL
Directrice
Résidence Hippolyte Noiret
52, rue Hippolyte Noiret
80800 FOUILLOY

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Hippolyte Noiret sis 52, rue Hippolyte Noiret à Fouilloy (80800).

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Hippolyte Noiret sis 52, rue Hippolyte Noiret à Fouilloy (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 10 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 19 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.

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 Hippolyte Noiret à FOUILLOY (80800) initié le 10/07/2023

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E9 E14	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire, de jour et de nuit, ainsi qu'au sein du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés et de l'accueil de jour, 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.	P1 : Recruter le personnel nécessaire afin de garantir la qualité de la prise en charge des résidents et respecter leurs rythmes de vie 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.	1 mois	
	La charge de travail du personnel de l'unité classique ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer une bonne prise en charge des résidents au sens l'article L. 311-3 du CASF. De plus, les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels, dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé au jour du contrôle.			

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
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.	P2 : Mettre fin aux glissements de tâches afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents.	1 mois	
E12	En ne mettant pas à disposition du résident une connexion internet dans sa chambre, l'établissement contrevient à l'annexe 2-3-1 du CASF relatif au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrée par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	P3 : Se conformer à la réglementation en mettant à disposition une connexion internet dans les chambres des résidents, ces derniers ne devant pas être redevables de prestations relevant du socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, contrairement au décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	Immédiat	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-9 et D. 311-20 du CASF.	P4 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS	3 mois	
E3 E4 E10	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.	P5 : Elaborer et rédiger un projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF en y intégrant le plan bleu ainsi qu'un projet de soins.	6 mois	
	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D.312-160 du CASF.			
E8	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	P6 : Recruter un médecin coordonnateur.	2 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E13	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.	P7 : 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	
E5	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R.311-35 et 37 du CASF.	P8 : Mettre en conformité le règlement de fonctionnement en fixant les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues et en mentionnant que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entrainer des procédures administratives et judiciaires.	3 mois	
E6	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. Les informations contenues dans le livret d'accueil ne sont pas à jour.	P9 : Mettre à jour le livret d'accueil notamment en y mentionnant les actions menées par l'établissement en matière de lutte contre la maltraitance, les coordonnées des autorités administratives ainsi que le numéro d'écoute des situations de maltraitance.	3 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E11	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.	P10 : 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.	4 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	P11 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
R4 R6	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables formalisée.	R1 : Formaliser une procédure de gestion interne des événements indésirables ainsi qu'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves et graves associés aux soins.	3 mois	
	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves formalisée.			
R3	L'établissement n'a pas transmis de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	R2 : Transmettre à la mission de contrôle le plan d'actions qualité.	1 mois	
R11	Certains délais de réponses aux appels malades sont importants.	R3 : Identifier les leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	3 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R13	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs au circuit du médicament, aux changes et à la prévention de l'incontinence, à la gestion de la fin de vie, ni de protocole spécifique aux soins palliatifs.	R4 : Elaborer des protocoles relatifs au circuit du médicament, aux changes et à la prévention de l'incontinence, à la gestion de la fin de vie, et aux soins palliatifs.	3 mois	
R15	Les protocoles ne sont pas évalués de façon périodique.	R5 : Réévaluer de façon périodique les protocoles.	3 mois	
R7	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant formalisée.	R6 : Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	
R9	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	R7 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R8	En l'absence de précisions sur l'organisation du PASA et de l'accueil de jour, notamment le nombre de résidents accueilli selon les jours de la semaine, la mission de contrôle n'est pas en mesure de déterminer si le nombre de professionnels présents est suffisant afin d'offrir un accompagnement de qualité aux résidents du PASA et de l'accueil de jour.	R8 : Préciser à la mission de contrôle l'organisation du PASA et de l'accueil de jour, notamment en termes de prise en charge et de professionnels présents.	1 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R10	Les IDE ne disposent pas de fiche de tâche pour les poste du matin et pour les postes d'après-midi.	R9 : Etablir des fiches de tâches pour les postes du matin et après-midi des infirmiers.	1 mois	
R12	Les transmissions effectuées au sein de l'établissement ne sont pas ciblées.	R10 : Mettre en place des transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci.	4 mois	
R5 R14	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des évènements indésirables n'est pas garantie.	R11 : Transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement concernant la formation du personnel à la déclaration des évènements indésirables et aux protocoles.	1 mois	
	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels aux protocoles n'est pas garantie.			