

Le directeur général

Lille, le 11 JUIL. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022_HDF_0241

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, Joseph Petit sis 7 place Adéodat Gilson à FRIVILLE ESCARBOTIN CEDEX (80532) 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 19 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 04 mai 2023.

Par courrier reçu par mes services le 09 juin 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.

Monsieur Patrick DAVERGNE
Président
Chambre Syndicale des Industries Métalliques gestionnaire
EHPAD Joseph Petit
7 place Adéodat Gilson - BP 70052
FRIVILLE ESCARBOTIN CEDEX (80532)

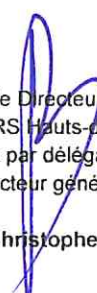
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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.

Je vous laisse juger de l'opportunité de transmettre le rapport de contrôle modifié au directeur de l'établissement concerné.

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
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER

Pièce(s) jointe(s) :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Joseph Petit à FRIVILLE ESCARBOTIN CEDEX (80532) initié le 19/10/2022

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescription (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'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des « agents polyvalents » ; 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.	P1 : Mettre fin aux glissements de tâches afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents.		
E11 E12	<p>E.11 : 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> <p>E.12 : Les projets personnalisés ne sont pas accessibles par tous et ne sont pas mis en œuvre ce qui ne garantit pas une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité contrairement à l'article L.311-3-3 du CASF.</p>	P2 : 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, qu'ils sont mis à disposition du personnel et appliqués.	6 mois	
E13	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.	P3 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015		
E8 R8 R3 R12	E.8 : Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, aucune formation relative à la prévention	<p>P4 : Mettre en place un plan de formation qui comprendra notamment, et pour l'ensemble du personnel, des sensibilisations internes et des formations relatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la prévention et la lutte contre la 		

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescription (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)
	<p>de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement</p> <p>R.8 : L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations externes portant sur les spécificités du public accueilli.</p> <p>R.3 : Le personnel de l'établissement n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.</p> <p>R.12 : L'ensemble du personnel n'est pas formé aux protocoles.</p>	<p>maltraitance ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la promotion de la bientraitance ; - aux spécificités du public accueilli ; - à la déclaration des événements indésirables ; - aux protocoles. 		
E2 E3 E9	<p>E.2 : En ne précisant pas les modalités de son élaboration et en n'ayant pas été consulté par le CVS, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.</p> <p>E.3 : Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.</p> <p>E.9 : En ne précisant pas les modalités de son élaboration et en ne définissant pas les mesures propres à assurer les soins palliatifs le projet de soins contrevient aux dispositions de l'article D.312-158 et D.311-38 du CASF.</p>	<p>P5 : Mettre en conformité le projet d'établissement notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le soumettre à la consultation du CVS ; - apporter des précisions sur ses modalités d'élaboration (groupe de travail...) ainsi que pour le projet de soins ; - y intégrer le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. 	13 mois	
E4	En l'absence de précisions sur la consultation des instances représentatives du personnel et du CVS et en ne précisant pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF et R311-35 du CASF.	P6 : Mettre en conformité le règlement de fonctionnement notamment en précisant l'intégralité des mentions prévues à l'article R311-35 du CASF et en le soumettant à la consultation des institutions représentatives du personnel et du CVS.	9 mois	
E6	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux articles D.311-16 du CASF et D.311-20 du CASF.	P7 : Assurer un fonctionnement du CVS conforme en le réunissant au minimum 3 fois par an et en rédigeant des comptes rendus de chaque réunion.	6 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescription (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	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et sur le numéro dédié à l'écoute des situations de maltraitance et les coordonnées des autorités administratives et en l'absence de la charte des droits et les libertés de la personne accueillie, 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 ainsi qu'à l'article L.311-4.	P8 : Mettre en conformité le livret d'accueil en incluant les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ainsi que les coordonnées téléphoniques des autorités administratives conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	2 mois	
E10	Le RAMA n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.312-158 alinéa 10.	P9 : Rédiger le RAMA en le soumettant pour avis à la commission de coordination gériatrique et en le faisant signer par le directeur de l'établissement et les médecins coordonnateurs.		
R2	R.2 : L'établissement ne dispose pas de procédure de gestion interne des événements indésirables.	R1 : Formaliser une procédure de gestion interne des événements indésirables ainsi qu'une procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liées aux soins.		
R4	R.4 : L'établissement ne dispose pas de procédure de déclaration externe des événements indésirables et des événements indésirables graves liées aux soins.			
R11	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, l'établissement ne réalise pas d'études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade.	R2 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	2 mois	
R13	R.13 : L'établissement ne réalise pas des sensibilisations aux protocoles de manière régulière.	R3 : Organiser de façon régulière des sensibilisations internes afin de s'assurer de la bonne application des protocoles internes.	12 mois	
R14	R.14 : Les protocoles ne sont pas appliqués de manière systématique.			
R10	L'établissement ne réalise pas de façon systématique une évaluation multidimensionnelle de la personne accueillie contrairement aux recommandations des bonnes pratiques professionnelles.	R4 : Réaliser avant chaque admission une évaluation multidimensionnelle de la personne accueillie comprenant une analyse complète et approfondie des besoins et potentialités (état de santé physique, capacités cognitives et sensorielles, autonomie...) et des attentes de la personne.		
R1	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	R5 : Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement.		

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescription (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)
R6 R7	<p>R.6 : L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.</p> <p>R.7 : L'établissement a précisé un taux de turn-over des AS,AMP, AES élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.</p>	R6 : Étudier les causes du taux d'absentéisme et de turn-over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		
R5	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de procédure ni de livret d'accueil du nouvel arrivant.	R7 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant ainsi qu'un livret d'accueil.	6 mois	
R9	L'établissement ne valorise pas dans les documents la mise en place d'une démarche participative dans le cadre de la rédaction du projet de soins.	R8 : Préciser dans le projet de soins les modalités de son élaboration	13 mois	