

Lille, le **07 DEC. 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00272

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Corinne MADUREL
Directrice générale de l'EPSMS
SENOS
52, rue Hippolyte Noiret
80800 FOUILLOY

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Firmin Dieu sis 56 rue d'Herville à VILLERS-BRETONNEUX (80800) initié le 21 juin 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence Firmin Dieu sis 56 rue d'Herville à VILLERS-BRETONNEUX (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 21 juin 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 2 octobre 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 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 Résidence Firmin Dieu à VILLERS-BRETONNEUX (80800) initié le 21 juin 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
E8	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° du CASF.	Prescription 1 : Recruter le personnel nécessaire 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 et le respect de leur rythme de vie, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E12	Au regard de la charge de travail des personnels soignants et de l'absence de garantie 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.			
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'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des auxiliaires de vie ou des ASHQ ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'État d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription 2 : Mettre fin aux glissements de tâches afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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	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.	Prescription 3 : 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, conformément 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.	3 mois	
E1	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.	Prescription 4 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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	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.	Prescription 5 : Elaborer 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	
E3	Le plan bleu n'est pas annexé ou mentionné au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.			
E9	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.			
E7	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 6 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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)
E10	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique et n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement.	Prescription 7 : Soumettre le RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire cosigner par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement conformément à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E5	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance ainsi que sur les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance, de l'ARS et du Conseil Départemental, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 8 : Réviser le livret d'accueil en y intégrant : - les actions de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, - les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance, - les coordonnées de l'ARS et du Conseil Départemental.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
E4	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-35 et 37 du CASF.	Prescription 9 : 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'entraîner des procédures administratives et judiciaires.	3 mois	
R6	Au jour du contrôle, l'IDEC n'a pas bénéficié d'une formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 1 : Transmettre une attestation de formation relative à la formation de cadre de l'IDEC.	3 mois	
R2	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables formalisée.	Recommandation 2 : 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	
R4	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves formalisée.			
R1	L'établissement n'a pas transmis de plan d'actions relatif à la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 3 : Transmettre le plan d'action qualité.	1 mois	
R10	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets de vie individualisés.	Recommandation 4 : Transmettre la programmation annuelle de révision des projets de vie individualisés.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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)
R11	L'établissement ne réalise pas d'étude sur les délais de réponse aux appels malade dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité.	Recommandation 5 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R13	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement, à la nutrition, à la douleur, aux soins palliatifs, au circuit du médicament, aux changes et à la prévention de l'incontinence.	Recommandation 6 : Etablir les protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement, à la nutrition, à la douleur, aux soins palliatifs, au circuit du médicament, aux changes et à la prévention de l'incontinence.	3 mois	
R15	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 7 : Evaluer les protocoles de manière périodique.	3 mois	
R5	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant formalisée.	Recommandation 8 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	
R7	L'établissement a renseigné des taux d'absentéisme et de turn over des équipes élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 9 : Etudier 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.	6 mois	
R8	L'établissement ne dispose pas de fiche de tâches pour le poste d'IDE.	Recommandation 10 : Etablir les fiches de tâches pour le poste d'IDE.	1 mois	
R9	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 11 : Compléter la procédure d'admission.	3 mois	
R12	Les transmissions effectuées au sein de l'établissement ne sont pas ciblées.	Recommandation 12 : 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	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
R3	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 13 : Transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement concernant la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables et aux protocoles.	1 mois	
R14	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels aux protocoles n'est pas garantie.			