

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024_HDF_00318
[REDACTED]

Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Isabelle SIMON
Directrice
EHPAD Malézieux Briquet
28 rue Malézieux Briquet
02870 CRÉPY

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Malézieux Briquet sis 28 rue Malézieux Briquet à CRÉPY (02870) initié le 8 avril 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Malézieux Briquet sis 28 rue Malézieux Briquet à CRÉPY (02870) a fait l'objet d'un contrôle sur pièces le 8 avril 2024 en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 26 août 2024.

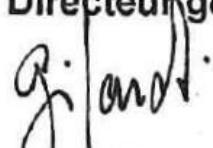
Par courrier reçu le 24 septembre 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

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

Hugo GILARDI

Pièce jointe : tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Malezieux Briquet à CRÉPY (02870) initié le 8 avril 2024

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'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASH; 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.	<p>Prescription 1: Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier à la mission de contrôle, et s'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant, de jour comme de nuit, afin de garantir une prise en charge sécurisée des résidents, et le respect de leur rythme de vie conformément aux dispositions de l'article L311-3 1^o du CASF.</p>	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)
E9	Au regard des déclarations de l'établissement sur l'insuffisance et l'inconstance des effectifs par catégorie professionnelle, la mission de contrôle constate que la qualité et la sécurité de la prise en charge et l'accompagnement des résidents au sens de l'article L. 311-3, 1 ^o du CASF ne sont pas garanties.			
E13	La charge de travail du personnel ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer aux résidents une prise en charge de qualité et sécurisée au sens l'article L. 311-3 du CASF.			

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)
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD Malézieux Briquet est inférieur au temps de travail réglementaire de 0,40 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 0,4 ETP au sein de l'EHPAD Malézieux Briquet conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Dès réception du rapport	
E6	La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 3 : Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance : - en mettant à jour le livret d'accueil conformément 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, et aux dispositions des articles D311-39 et L. 311-4 du CASF ; - en réalisant, pour l'ensemble du personnel, des formations relatives à la promotion de la bientraitance. - en formalisant un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance ; - en mettant en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	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)
E5	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, et aux dispositions des articles D311-39 et L. 311-4 du CASF.			
R17	La proportion d'agents ayant participé à une formation sur la bientraitance est faible.			

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)
E10	En ne disposant pas d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription 4 : 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	
E11	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	Prescription 5 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	3 mois	
E1	En ne se réunissant pas au minimum trois fois par an, le fonctionnement du CVS n'est pas conforme à l'article D. 311-16 du CASF.	Prescription 6 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément aux dispositions de l'article D.311-16 et transmettre les procès-verbaux pour l'année 2021.	1 mois	
R5	Les procès-verbaux pour l'année 2021 n'ont pas été remis à la mission de contrôle.			

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)
E2	L'EHPAD ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité au jour du contrôle, ce qui contrevient à l'article L. 3118 du CASF.			
E3	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 à l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 7 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le plan bleu et le règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E4	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-33, R311-35 et R311-37 du CASF.			
E12	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	Prescription 8 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D.311 du CASF et du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	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)
R20	Le tableau prévisionnel des projets personnalisés transmis à la mission de contrôle, ne permet pas de s'assurer que les projets personnalisés sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.	Recommandation 1 : Formaliser le tableau prévisionnel des projets personnalisés et s'assurer que ces derniers sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.	3 mois	
R4	L'établissement n'a pas transmis le compte rendu de la commission de coordination gériatrique du 1 ^{er} février 2024.	Recommandation 2 : Transmettre le compte rendu de la commission de coordination gériatrique du 1 ^{er} février 2024 à la mission de contrôle.	1 mois	
R19	Il n'existe pas de procédure d'admission d'un nouveau résident formalisée, et décrivant les rôles de chacun (MEDCO, IDEC, direction, soignant, etc.) dans le processus.	Recommandation 3 : Formaliser une procédure d'admission, en y intégrant toutes les dispositions réglementaires (cf. page 31 du rapport de contrôle).	6 mois	

R21	<p>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 pas réalisées, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS.</p>	<p>Recommandation 4 : Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.</p>	3 mois	
R6	<p>L'établissement ne dispose pas, au jour d'un contrôle, d'un système d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et plaintes des résidents.</p>	<p>Recommandation 5 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en :</p>		
R7	<p>L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mettant en place un système d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et plaintes des résidents ; 		
R8	<p>L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Réalisant un bilan annuel des réclamations et plaintes ; Réalisant périodiquement des enquêtes de satisfaction auprès des résidents, de leurs familles et des professionnels ; 	6 mois	
R9	<p>L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mettant en œuvre un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité. 		

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)
R10	L'établissement ne dispose pas d'une procédure formalisée de gestion interne des événements indésirables.	Recommandation 6 : - Formaliser une procédure de gestion interne des événements indésirables ; - Organiser régulièrement des sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.		
R11	L'établissement n'organise pas régulièrement de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.		3 mois	
R23	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la contention, aux urgences, aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, à la prise en charge de la douleur, aux soins palliatifs, à la fin de vie et au circuit du médicament.	Recommandation 7 : - Etablir et transmettre les protocoles relatifs à la contention, aux urgences, aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, à la prise en charge de la douleur, aux soins palliatifs, à la fin de vie et au circuit du médicament ; - Etablir les protocoles en concertation avec les équipes.	3 mois	
R24	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les 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)
R22 L'ensemble des professionnels n'est pas formé aux transmissions ciblées.	<p>Recommandation 8 :</p> <p>Former l'ensemble des professionnels aux transmissions ciblées et transmettre les feuilles d'émargement à la mission de contrôle.</p>	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)
R18	Les feuilles d'émargement des formations (ou attestations de formation) n'ont pas toutes été remises à la mission de contrôle, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'effectivité du plan de formation.	Recommandation 9 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement afin de garantir à la mission de contrôle l'organisation régulière des formations internes/externes.	1 mois	
R15	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 10 : Etudier les causes de l'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions.	6 mois	
R12	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant formalisée et d'un livret d'accueil.	Recommandation 11 : Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant ainsi qu'un livret d'accueil.	3 mois	
R13	Le temps de travail déclaré sur la fiche de paie d'avril 2024 de la cadre de santé n'est pas en adéquation avec le temps de travail déclaré par l'établissement.	Recommandation 12 : Transmettre le contrat de travail de la cadre de santé à la mission de contrôle.	1 mois	
R14	L'établissement n'a pas transmis le contrat de travail de la cadre de santé.			

R2	La directrice ne dispose pas de fiche de poste.	Recommandation 13 : Rédiger et transmettre les fiches de poste pour l'ensemble du personnel et la fiche de tâches pour les agents hôteliers.		
R16	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de tâches notamment le poste de l'Agent Hôtelier. De plus, l'établissement ne dispose d'aucune fiche de poste.		3 mois	
R3	Les modalités d'intérim en l'absence de la direction ne sont pas formalisées.	Recommandation 14 : Définir les modalités d'intérim en l'absence de la direction.	1 mois	
R1	L'organigramme ne mentionne pas toutes les catégories de professionnel exerçant au sein de l'établissement.	Recommandation 15 : Réviser et transmettre l'organigramme en y intégrant toutes les catégories de personnel, et en valorisant les liens hiérarchiques et fonctionnels.	3 mois	