

Lille, le 25 AOÛT 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00043

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur DUPAIN Julien
Directeur du centre hospitalier
gériatrique
2, avenue Dupuis
02800 LA FERRE

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD de la Ferrière sis 2, avenue Dupuis, à La Ferrière (02800), initié le 30 mars 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD de la Ferrière sis 2, avenue Dupuis, à La Ferrière (02800) 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 30 mars 2023.

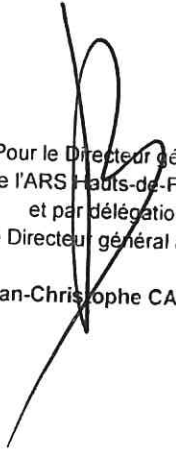
Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 13 juin 2023.

Par courriel reçu le 21 juillet 2023, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

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.



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 envisagées
Contrôle sur pièces de l'EHPAD de la Fère à La Fère (02800) initié le 30/03/2023

Ecart (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
E.9	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 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.	P.1 : Mettre fin aux glissements de tâches afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents.	4 mois	
E.8	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin traitant au détriment de ses missions de coordination ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	P.2 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	2 mois	

Ecart (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
E.11	En l'absence de document de suivi des projets personnalisés, la mission de contrôle ne peut s'assurer que l'ensemble des résidents dispose d'un projet personnalisé évalué périodiquement, ce qui contrevient aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	P.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, s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée et formaliser le suivi de ceux-ci.	3 mois	
R.11	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.			
E.7	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	P.4 : Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	3 mois	
E.2	La composition du CVS, au jour du contrôle n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF et en ne se réunissant pas systématiquement le CVS trois fois par an, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.	P.5 : Mettre en conformité la composition du CVS tel que précisé par l'article D. 311-5 du CASF et Réunir le CVS trois fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF.	6 mois	

Ecart (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
E.5	N'étant pas mis à jour régulièrement ¹ , le plan global de gestion des crises n'est pas conforme au cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et des personnes âgées.	P.6 : Mettre à jour le plan global de gestion des crises conformément au cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et des personnes âgées.	3 mois	
E.4	Le projet d'établissement ne comporte pas de partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	P.7 : Mettre à jour le projet d'établissement : - inclure les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique ; - consulter le CVS.	3 mois	
E.3	En l'absence de précisions sur la date de consultation du CVS, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E.1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	P.8 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	4 mois	

¹ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/guide-d-aide-a-l-elaboration-du-plan-bleu-en-ehpad>

Ecart (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
E.6	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national et des qualifications dans le dossier de tous les salariés, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	P.9 : Transmettre les casiers judiciaires et les qualifications du personnel soignants de l'établissement à la mission de contrôle.	1 mois	
R.1	La mission de contrôle constate que les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés (cf. annexe 3).			
E.10	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.	P.10 : 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.	3 mois	

Ecart (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
R.7	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme et de turn over élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	R.1 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	3 mois	
R.2	Au jour du contrôle, l'ensemble du personnel n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.	R.2 : Organiser des formations relatives à la déclaration des événements indésirables à l'ensemble du personnel.	3 mois	
R.4	La fiche de poste du médecin coordonnateur n'est pas à jour.	R.3 : Etablir et mettre à jour les fiches de poste et les fiches de tâches du personnel.	1 mois	
R.8	Le personnel ne dispose pas de fiche de tâches et les fiches de poste ne sont pas revues régulièrement.			

Ecart (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
R.10	Au jour du contrôle, la procédure relative aux modalités d'élaboration des projets personnalisés n'est pas formalisée.	R.4 : Elaborer la procédure des modalités d'élaboration de projets personnalisés.	2 mois	
R.6	L'IDEC faisant fonction ne dispose pas de formation spécifique à l'encadrement.	R.5 : Engager l'IDEC dans une action de formation spécifique à l'encadrement.	6 mois	
R.9	La procédure d'admission, au jour du contrôle, n'est pas finalisée.	R.6 : Finaliser la procédure d'admission.	1 mois	
R.3	La procédure d'accueil du nouvel arrivant n'est pas réactualisée régulièrement.	R.7 : Réactualiser la procédure d'accueil du nouvel arrivant.	2 mois	

Ecart (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
R.12	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.	R.8 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	1 mois	
R.5	Les contrats de travail de l'IDEC et de la cadre de santé faisant fonction n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	R.9 : Transmettre les contrats de travail de l'IDEC et de la cadre de santé.	14 mois	