

Le directeur général

Lille, le - 1 DEC. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00278



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la directrice générale,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Le Pévèle sis 184, rue de l'Eglise à Saméon (59310) 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 29 juin 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 5 septembre 2023. Par courrier reçu par mes services le 15 novembre 2023, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

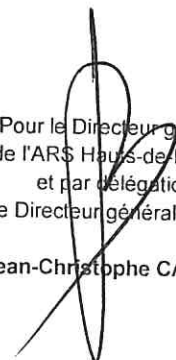
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire. A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées 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.

Madame Delphine LANGLET
Directrice générale
Fondation Partage & Vie
11, rue de la Vanne
92126 MONTRouGE

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, Madame la directrice générale, 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 jointe :

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

Copie à Madame Héloïse NOLLET, directrice de l'établissement.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Le Pévèle à SAMEON (59310) initié le 29 juin 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E13	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, 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 L311-3-3° du CASF.	Prescription n°1 : Prévoir quotidiennement, et notamment en UVA, 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 L311-3-3° du CASF.	1 mois	
E8	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.			
E15	En l'absence de personnel en nombre suffisant (une seul(e) AS), durant certaines plages horaires, la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1 du CASF.			
E16	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas suffisamment organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.			
E14	Au regard de la pathologie des résidents accueillis (PMP/GMP), la présence IDE n'est pas suffisante le week-end pour assurer la sécurité des résidents, au sens de l'article L311-3 1° du CASF.	Prescription n°2 : Assurer une présence infirmière continue en journée le week-end, et chaque jour de la semaine, afin de garantir la sécurité, ainsi que la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément à l'article L311-3-1° du CASF.	/	15/11/2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	Le temps de travail du médecin coordonnateur en poste au sein de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	Prescription n°3 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP, et s'assurer que son temps de travail est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément aux dispositions des articles D312-156 et D312-158 du CASF.	1 mois	
E10	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E11	Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	Prescription n°4 : Inscrire le médecin coordonnateur dans une formation de manière à satisfaire aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	4 mois	
E12	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°5 : Actualiser, et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.	/	15/11/2023
E10	Au jour du contrôle, la commission de coordination gériatrique n'est pas mise en œuvre, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°6 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	6 mois	
E7	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national vérifié à intervalle régulier, 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.	Prescription n°7 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier conformément à la réglementation.	/	15/11/2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E19	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an contrairement aux dispositions de l'article D311 du CASF.	Prescription n°8 : Rédiger et mettre à jour à minima une fois par an, le projet d'accompagnement personnalisé de chaque résident conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	3 mois	
E2	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°9 : Réviser le projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins conformément aux dispositions des articles L311-8 et D312-158 du CASF.	9 mois	
E17	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 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 aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	Prescription n°10 : Réviser le plan bleu conformément aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS / VSS2 / DGCS / SD3A / 2022 / 258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD, et au « guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD », avant de l'annexer au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 CASF.	9 mois	
R1	Le plan bleu n'est pas révisé annuellement.			
E4	En ne respectant pas une périodicité de modification (maximum 5 ans) et en n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale et les instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	Prescription n°11 : Réviser le règlement de fonctionnement en le mettant en conformité avec le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux, et consulter le CVS et les instances représentatives du personnel dans le cadre de son élaboration conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	6 mois	
E5	Le règlement de fonctionnement n'est pas entièrement conforme aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E6	Le livret d'accueil n'est pas entièrement 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.	Prescription n°12 : Préciser dans 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 : <ul style="list-style-type: none"> • les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ; • les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental) ; • les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance. 	/	15/11/2023
E18	Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA) n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	Prescription n°13 : Rédiger le RAMA de l'année 2023 conformément aux dispositions (cf. page 31 du rapport de contrôle) des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	6 mois	
R2	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel des plaintes et des réclamations des résidents.	Recommandation n°1 : Déployer davantage la démarche d'amélioration continue de la qualité en réalisant des bilans des plaintes et des réclamations des résidents.	3 mois	
R8	La procédure « d'accueil et d'admission » d'un nouveau résident est incomplète.	Recommandation n°2 : Réviser la procédure d'admission, en y intégrant toutes les dispositions réglementaires (cf. page 32 du rapport de contrôle).	/	15/11/2023
R4	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	Recommandation n°3 : Formaliser une procédure de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	/	15/11/2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	Tous les professionnels ne sont pas régulièrement sensibilisés en interne à la déclaration des événements indésirables.	Recommandation n°4 : Sensibiliser de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables.	/	15/11/2023
R6	La proportion d'agents ayant participé à une formation sur la bientraitance est faible.	Recommandation n°5 : Réaliser, pour l'ensemble du personnel, des formations relatives à la promotion de la bientraitance.	/	15/11/2023
R9	Les protocoles et procédures ne sont pas systématiquement révisés périodiquement.	Recommandation n°6 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	3 mois	
R5	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation n°7 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	/	15/11/2023
R7	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 n°8 : Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence.	/	15/11/2023