

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00282



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Joseph Porebski sis 2 rue des Hirondelles à Bully-les-Mines (62160) 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 17 avril 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 16 décembre 2024.

Par courrier reçu le 16 janvier 2025, 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.

Monsieur Gilles de LACAUSSADE
Directeur général
FILIERIS
77 avenue de Ségur
75714 PARIS CEDEX 15

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 dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur général, l'assurance de ma considération


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

distinguée.

Copie à Monsieur Adrien BOCQUILLON, directeur de l'établissement

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Joseph Porebski à Bully-les-Mines (62160) initié le 17 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)
E13	L'insuffisance des effectifs, 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 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier aux glissements de tâches 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 leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L. 3113 du CASF.	Dès réception du rapport	
E14	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° 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)
E7	En ne vérifiant pas le bulletin du casier judiciaire national des 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 du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 2 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF, réviser et transmettre les qualifications du personnel à la mission de contrôle.	1 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)
E18	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé ou d'un projet personnalisé réévalué à minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 3113 du CASF.	Prescription 3 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	6 mois	
E8	En l'absence de signalement de l'ensemble des événements indésirables survenus aux autorités compétentes, et notamment les événements relatifs à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Prescription 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.		16/01/2025

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	Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0,60 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 5 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier au temps de travail insuffisant du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Dès réception du rapport	
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. 312-156 du CASF.	Prescription 6 : S'assurer que le temps de travail du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	1 mois	
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 7 : Transmettre l'attestation de formation effective concernant la formation du médecin coordonnateur, conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	3 mois	

E12	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 8 : Actualiser, et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF.		16/01/2025
E6	En ne mettant pas à disposition du résident une connexion internet dans sa chambre, l'établissement contrevient aux dispositions 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 mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et notamment à l'annexe 2-3-1 relative au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	Prescription 9 : Se conformer aux dispositions 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 mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et notamment à l'annexe 2-3-1 relative au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en mettant à disposition une connexion internet dans les chambres des résidents.	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)
E4	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un plan bleu conforme aux dispositions des articles L. 311-8, D. 312-160, R. 31138-1 et R. 311-38-2 du CASF, détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle et intégré au projet d'établissement.	Prescription 10 : Etablir un plan bleu conforme aux dispositions des articles L. 311-8, D. 312-160, R. 311-38-1 et R. 311-382 du CASF et l'intégrer au projet d'établissement.	6 mois	
E2	Le règlement de fonctionnement et la composition du CVS au jour du contrôle ne sont pas conformes aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.	Prescription 11 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées : <ul style="list-style-type: none"> - Réviser le règlement de fonctionnement du CVS ; - Réviser le projet d'établissement et le projet général de soins associé ; - Mettre à jour le règlement de fonctionnement ; - Réviser le contrat de séjour. 	6 mois	
E3	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.			

E5	Le règlement de fonctionnement ne précise pas la date de consultation des instances représentatives du personnel et du CVS contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E15	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.			
E17	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-4-1 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.			
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active au jour du contrôle contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription 12 : Constituer la commission coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 du CASF.	3 mois	

E16	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.	Prescription 13 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 3121553, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	
R2	Les coordonnées de l'ARS des Hauts-de-France mentionnées dans le livret d'accueil ne sont pas à jour.	Recommandation 1 : Mettre à jour le livret d'accueil.		16/01/2025
R5	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une procédure de signalement des événements indésirables.	Recommandation 2 : Formaliser et transmettre une procédure de signalement des événements indésirables.		16/01/2025
R8	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme des équipes élevés pour les années 2020, 2021 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 3 : Étudier les causes de l'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		16/01/2025
R9	Le manque de précision concernant le taux de turnover des effectifs soignants ne permet pas l'exploitation des données.	Recommandation 4 : Transmettre le taux de turn-over des effectifs soignants pour les années 2021, 2022 et 2023.		16/01/2025
R13	L'établissement ne réalise pas de bilan des résultats des études sur les délais de réponse des appels malades.	Recommandation 5 : Formaliser un bilan des résultats des études sur les délais de réponse des appels malades.	3 mois	

R14	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, à l'hydratation, aux soins palliatifs et au circuit du médicament.	Recommandation 6 : Formaliser et transmettre des protocoles relatifs aux troubles du comportement, à l'hydratation, aux soins palliatifs et au circuit du médicament.	3 mois	
R3	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 7 : Réaliser un bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	3 mois	
R6	Il existe une incohérence entre le temps de travail du médecin coordonnateur précisé par l'établissement et celui inscrit sur son contrat de travail.	Recommandation 8 : Justifier l'incohérence entre le temps de travail du médecin coordonnateur précisé par l'établissement et celui inscrit sur son contrat de travail.		16/01/2025
R7	Il existe une incohérence entre le temps de travail de l'IDEC précisé par l'établissement et celui inscrit sur son contrat de travail.	Recommandation 9 : Justifier l'incohérence entre le temps de travail de l'IDEC précisé par l'établissement et celui inscrit sur son contrat de travail.		16/01/2025
R10	La procédure de préadmission et d'admission est incomplète.	Recommandation 10 : Compléter et transmettre la procédure de préadmission et d'admission.	2 mois	
R1	L'établissement n'a pas transmis les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire.	Recommandation 11 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire.		16/01/2025

R4	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 12 : Transmettre les feuilles d'émargement relatives à la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables.		16/01/2025
R11	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.	Recommandation 13 : Transmettre la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.		16/01/2025
R12	Les procédures d'élaboration du projet personnalisé ne sont pas validées au jour du contrôle.	Recommandation 14 : Transmettre les procédures d'élaboration du projet personnalisé finalisées et validées.		16/01/2025
R15	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie.	Recommandation 15 : Transmettre les feuilles d'émargement relatives à la formation du personnel aux protocoles.		16/01/2025