



Le directeur général

Lille, le **03 JUIL. 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2023-HDF-00017
[REDACTED]

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD La Quiétude situé au 29 ter rue de Gouy à CORBEHEM (62112) 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 22 février 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 04 mai 2023.

Par courriel reçu par mes services le 05 juin 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.

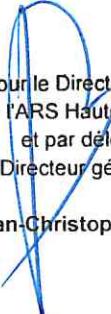
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Monsieur Dominique MONNERON
Directeur général
Fondation Partage & Vie
11 rue de la Vanne
92126 MONTROUGE

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 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 distinguée.


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

Pièce(s) jointe(s) :

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

Copie à Madame Clémentine JOUANNE, directrice de l'établissement

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD La Quiétude à CORBEHEM (62112) initié le 22 février 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)
E8	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.			
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'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 non qualifiés ; 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.	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.	9 mois	
E10	En l'absence de personnel suffisamment qualifié (un(e) seul(e) AS), la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.			
E11	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.			

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	Au regard de la pathologie des résidents accueillis (PMP/GMP), la présence IDE n'est pas suffisante pour assurer la sécurité des résidents, au sens de l'article L311-3 1 ^o 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 ^o du CASF.	/	
E7	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.	Prescription n°3 : Recruter un médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	1 mois	
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°4 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	6 mois	

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)
E5	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription n°5 : Transmettre à la mission de contrôle : <ul style="list-style-type: none">les extraits casiers judiciaires manquants des personnels soignants ;les contrats de travail, les diplômes et les extraits de casiers judiciaires pour les trois professionnels mentionnés dans la remarque.	/	
R2	Les documents (contrats de travail, diplômes, casiers judiciaires) de trois professionnels inscrits dans le tableau des effectifs (pièces 36), n'ont pas été remis à la mission de contrôle.			
E14	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an.	Prescription n°6 : Mettre à jour à minima une fois par an, le projet d'accompagnement personnalisé de chaque résident.	3 mois	

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)
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D311-3 et suivants du CASF.	<p>Prescription n°7 : Faire aboutir les nouvelles élections du CVS, et modifier le règlement intérieur en conséquence, de telle sorte que l'organisation du CVS soit conforme aux dispositions des articles D311-3 et suivants du CASF.</p>	/	
E4	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.	<p>Prescription n°8 : 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 :</p> <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). 	12 mois	

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)
E3	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°9 : Réviser le règlement de fonctionnement, 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	
E12	En disposant d'un projet de soins non élaboré par un médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°10 : Faire réviser, suite au recrutement du médecin coordonnateur, le projet de soins, et le RAMA conformément aux dispositions des articles D312-158 1 ^o et 10 ^o du CASF.	9 mois	
E13	En disposant d'un RAMA non élaboré par un médecin coordonnateur et non soumis à la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 10 ^o du CASF.			
R8	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'a pas transmis d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°1 : Réaliser systématiquement des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	3 mois	

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)
R4	La procédure de « déclaration des événements indésirables graves et plaintes » n'a pas été actualisée depuis 2017 et elle n'aborde pas le processus de déclaration obligatoire des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS).	Recommandation n°2 : Réviser la procédure de « déclaration des événements indésirables graves et plaintes », en y intégrant le processus de déclaration obligatoire des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS).	3 mois	
R5	Les comptes rendus de COPIL n'apportent pas de détails sur la méthodologie des CREX réalisés dans le cadre de l'analyse des événements indésirables.	Recommandation n°3 : Valoriser dans les comptes rendus de COPIL, la méthodologie utilisées (CREX) pour analyser les événements indésirables survenus : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives.	3 mois	

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)
R9	Plusieurs protocoles / procédures liés aux prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD ne sont pas formalisés, dont notamment les procédures sur les chutes, sur la prise en charge de la douleur, sur le circuit du médicament, sur les soins palliatifs, et sur la prévention de l'incontinence.	<p>Recommandation n°4 : Formaliser les protocoles / procédures liés aux prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD, sur les thématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les chutes ; • la prise en charge de la douleur ; • le circuit du médicament ; • les soins palliatifs ; • la prévention de l'incontinence. 	3 mois	
R7	La procédure « d'accueil et d'admission » d'un nouveau résident est incomplète.	<p>Recommandation n°5 : Réactualiser la procédure d'admission d'un nouveau résident en y intégrant l'ensemble des modalités prévues par la réglementation, dont notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le droit de désignation d'une personne de confiance par le nouveau résident ; • Le rôle du médecin coordonnateur, notamment pour l'évaluation du besoin en soins du nouveau résident ; • Les délais de remise du contrat de séjour. 	3 mois	
R6	Au jour du contrôle, l'établissement ne dispose pas de livret d'accueil du nouvel arrivant.	<p>Recommandation n°6 : Formaliser un livret d'accueil du nouvel arrivant.</p>	3 mois	

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)
R10	Des sensibilisations aux protocoles / procédures ne sont pas systématiquement et régulièrement organisées.	Recommandation n°7 : Organiser, et assurer la traçabilité, des sensibilisations aux protocoles / procédures déjà existants, et/ou nouvellement rédigés.	3 mois	
R1	Tous les temps d'échange ne font pas l'objet d'une traçabilité, notamment par le moyen de comptes rendus.	Recommandation n°8 : Rédiger pour chaque temps d'échange, un compte rendu permettant d'assurer une meilleure traçabilité.	3 mois	
R3	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations en interne, ce qui ne permet pas de les valoriser.	Recommandation n°9 : Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence.	3 mois	