

Le directeur général

Le président du conseil départemental
du Pas-de-Calais
Direction de l'autonomie et de la santé

[REDACTED]
Mission : 2022_HDF_0116
[REDACTED]

à

Monsieur Philippe Merlaud
Directeur
Centre Hospitalier d'Arras
3 Bd Georges Besnier
62 000 ARRAS

Lille, le 09 FEV. 2023

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives à mettre en œuvre suite à l'inspection du 15 juin 2022 de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Pierre BRUNET », situé au 17 rue de Whitstable à DAINVILLE (62 000).

Dans le cadre du programme régional d'inspection contrôle pour l'année 2022, nous avons conjointement décidé de diligenter une inspection au sein de l'EHPAD « Pierre BRUNET », situé au 17 rue de Whitstable à DAINVILLE (62 000). En application de l'article L.313-13 du code de l'action sociale et des familles, elle avait pour objet d'apprécier le niveau d'exposition de la structure au risque maltraitance institutionnelle ou individuel.

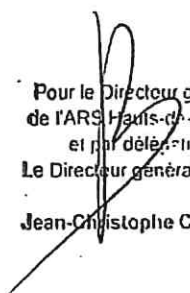
Cette inspection a été menée de manière inopinée et s'est déroulée sur site le 15 juin 2022.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 28 novembre 2022.

Par courrier reçu par nos services le 20 décembre 2022, vous avez présenté vos observations concernant le rapport et les mesures correctives à mettre en œuvre.

Au regard de votre courrier, la mission d'inspection 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, nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais fixés à compter de la notification de la présente, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.



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



Pour le Président du Conseil départemental
Le Directeur du Pôle Solidarités
Patrick GENEVAUX

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre
Inspection du 15 juin 2022 de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Pierre BRUNET »,
situé au 17 Rue de Whitstable à DAINVILLE (62 000)

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
	Ecart	Prescriptions		
E1	La population accueillie n'est pas en conformité avec l'arrêté du 16/12/2021, ce qui est contraire aux dispositions figurant à l'article L. 313-1 du CASF.	P1 : S'assurer que la population accueillie soit conforme à l'autorisation délivrée.	6 mois	
E2	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.	P2 : Elaborer un projet d'établissement conforme aux textes en vigueur.	6 mois	
E3	L'absence de traçabilité de l'hydratation des résidents ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge satisfaisante au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	P3 : Mettre en place une traçabilité effective de l'hydratation des résidents.	Sans délai	
E4	L'absence de maîtrise/ d'appropriation par le personnel de la procédure de signalement/ gestion des EI ne permet pas une gestion acceptable des signalements, ce qui ne respecte pas les obligations prévues aux articles L.331-8-1, R. 331-8 et suivants du CASF et est contraire aux recommandations de la HAS.	P4 : S'assurer de la mise en place effective, opérationnelle, rigoureuse et systématique d'une traçabilité des EI.	3 mois	
E5	En ne prenant pas toutes les précautions en leur pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'elles sont appelées à utiliser dans le cadre de leur exercice professionnel, les infirmières de l'EHPAD ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent, telles que prévues à l'article R. 4312-39 du code de la santé publique (CSP).	P5 : S'assurer d'une stricte mise en conformité du circuit du médicament au regard des textes en vigueur.	Sans délai	
E6	L'absence de fermeture systématique des portes des locaux techniques et de sécurisation de la cuisine thérapeutique, ne permet pas de garantir aux résidents un cadre sécurisé conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	P6 : S'assurer de la fermeture systématique des portes des locaux techniques et de la sécurisation de la cuisine thérapeutique.	Sans délai	
E7	Les systèmes d'appel ne sont pas soit accessibles en tous points de la chambre des résidents, soit fonctionnels, ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des résidents et est contraire à l'article L. 311-3 du CASF et aux recommandations de la HAS.	P7 : S'assurer que tous les systèmes d'appel soient cumulativement opérationnels et accessibles en tous points de la chambre des résidents.	Sans délai	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
E8	L'établissement n'actualise pas l'ensemble des projets d'accueil individualisés pour ses résidents de manière concertée avec les résidents et leurs familles. Par ailleurs, ceux-ci ne sont pas suffisamment détaillés, ce qui est contraire aux dispositions des articles L.311-3 et D. 312-155-0 du CASF et aux recommandations de la HAS.	P8 : S'assurer de l'actualisation et de la complétude systématique des projets d'accueil individualisés pour chaque résident.	6 mois	
E9	En fermant constamment à clef l'espace extérieur sécurisé de l'UVA, le service ne garantit pas la liberté d'aller et venir des résidents de l'UVA au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	P9 : Garantir la liberté d'aller et venir des résidents de l'UVA.	1 mois	
	Remarques	Recommandations		
R1	L'absence de formalisation des temps d'échanges sur les questions de bientraitance /maltraitance au sein de l'EHPAD, de connaissance des actions et de la dynamique initiées par le référent, de même que l'absence d'une charte spécifique, ne permet pas d'asseoir une démarche efficiente structurante de la part de la direction en vue de favoriser une réflexion collective sur la bientraitance, ce qui ne répond pas aux recommandations de la HAS.	R1 : Mettre en place des réunions régulières et spécifiques sur la thématique de la bientraitance/maltraitance. Formaliser ces échanges (comptes-rendus, ordre du jour, feuilles de présence, ...) et établir une charte de bientraitance.	1 mois	
R2	En n'organisant pas un retour systématique auprès des équipes sur les suites données à signalement d'EI, l'établissement fragilise la cohérence des actions engagées par les professionnels et insécurise les agents dans leurs pratiques. En l'absence de remontée et de partage d'information systématique en interne concernant les événements indésirables, l'établissement ne répond pas aux recommandations de la HAS.	R2 : S'assurer de la transversalité systématique de l'information.	Sans délai	
R3	En l'absence de traçabilité et d'analyse globale régulière, l'organisation de la gestion des événements indésirables n'est pas exhaustive et ne permet ni un suivi de qualité ni la mise en place de mesures correctives appropriées garantissant la sécurité des résidents contrairement aux recommandations de la HAS.	R3 : S'assurer de la traçabilité systématique des signalements d'événements indésirables et procéder de manière effective à une analyse quantitative et qualitative régulière de ces signalements.	3 mois	
R4	L'absence d'instance de supervision, de groupes de parole ou d'analyse de pratiques, hors présence de la hiérarchie, ne favorise pas l'expression des personnels et ne répond pas aux recommandations de la HAS.	R4 : Mettre en place des instances de supervision, de groupes de parole ou d'analyse de pratiques.	3 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
R5	L'absence de passage régulier de l'encadrement dans les services ne permet pas un contrôle de la bonne réalisation effective des tâches incombant au personnel et va à l'encontre des recommandations de la HAS.	R5 : S'assurer de la mise en place et de l'effectivité d'un contrôle de l'activité du personnel.	Sans délai	
R6	Le manque de démarche formalisée structurante suffisante de la part de la direction en vue de favoriser une réflexion collective (réunions impliquant l'ensemble du personnel dont celui-ci de l'UVA) est contraire aux recommandations de la HAS.	R6 : Mettre en place une démarche formalisée structurante en vue de favoriser une réflexion collective.	3 mois	
R7	Lors des entretiens, il n'est fait aucune mention quant à la mise en place d'une collation nocturne. On ne retrouve aucune indication de collation nocturne dans les pièces remises, induisant un risque de jeûne nocturne de plus de 12h, ce qui est contraire aux recommandations de la HAS.	R7 : S'assurer de la mise en place organisée, effective et systématique d'une collation nocturne pour les résidents.	Sans délai	