

Le Directeur général

Réf : SDSI/D3SE-AC - Direction de la Sécurité Sanitaire et
de la Santé Environnementale-AS
Mission : 2023_HDF_0004



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

Association Alliance EHPAD

Monsieur le Président
141, Rue de Quiéry
62490 Vitry-en-Artois

Lille, le

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives à mettre en œuvre à la suite de l'inspection du 2 février 2023 de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Alliance Saint-Joseph, situé au 141, Rue de Quiéry à Vitry-en-Artois (62490).

Monsieur le Président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection contrôle pour l'année 2023, nous avons conjointement décidé de diligenter une inspection au sein de l'EHPAD Alliance Saint-Joseph, situé au 141 Rue de Quiéry à Vitry-en-Artois (62 490). 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 2 février 2023.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 3 juillet 2023.

Par courrier reçu par nos services le 26 juillet 2023, vous avez présenté vos observations concernant le rapport et les mesures correctives envisagées.

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.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Nous vous prions d'agréer, monsieur le Président, l'assurance de notre considération distinguée.

Pièce jointe : le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Inspection du 2 février 2023 de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
Alliance Saint-Joseph, situé au 141, Rue de Quiéry à Vitry-en-Artois (62490).

Ecarts (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
	Ecarts	Prescriptions		
E1	Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché au sein de l'établissement, ne précise pas le fonctionnement de l'UVA et de l'UVPHA et ne précise les dispositions relatives aux transferts et déplacements, les modalités d'organisation des transports ainsi que les conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur, ce qui est contraire aux dispositions figurant aux articles R.311-34 et 36 du CASF.	P1 : Veiller à l'affichage du règlement de fonctionnement et à sa conformité avec la réglementation en vigueur.	3 mois	
E2	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement conforme aux dispositions en vigueur, 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	La méconnaissance par le personnel de ses obligations de signalement, de même que l'absence d'actualisation des procédures afférentes, ne permettent pas de satisfaire aux obligations telles qu'issues du décret du 21 décembre 2016 et de l'arrêté du 28 décembre 2016.	P3 : Veiller à une appropriation et à la stricte application par le personnel des procédures existantes et veiller à leur complétude au regard des évolutions législatives et réglementaires.	Sans délai	
E4	En ne précisant pas suffisamment les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, en ne comportant pas le numéro d'appel pour les situations de maltraitance, ni les coordonnées des autorités administratives, ni la notice d'information mentionnée à l'article D. 311-0-4 du CASF, le livret	P4 : Etablir un livret d'accueil conforme à la réglementation en vigueur.	3 mois	

Ecarts (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
	d'accueil n'est pas conforme aux dispositions mentionnées à l'article D. 311-39 du même code, 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 ¹ et aux recommandations de la HAS ² .			
E5	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. 331-6 et suivants du CASF et est contraire aux recommandations de la HAS.	P5 : S'assurer de la mise en place effective, opérationnelle, rigoureuse et systématique d'une traçabilité des EI.	3 mois	
E6	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 une qualité de prestation satisfaisante aux résidents au sens de l'article L. 311-3 du CASF et est contraire aux recommandations de la HAS.	P6 : 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.	Sans délai	
E7	En l'absence d'une gestion rigoureuse des réclamations des familles formalisée et tracée, telle que recommandée par la HAS, l'établissement ne dispose pas d'une véritable politique de gestion du risque, ne permettant pas de garantir une qualité de prestation satisfaisante aux résidents au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	P7 : Mettre en place une gestion rigoureuse, formalisée et tracée des réclamations des familles.	3 mois	
E8	En ne prenant pas toutes les précautions en leur pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et	P8 : S'assurer d'une stricte mise en conformité du circuit du médicament au regard des textes en vigueur.	Sans délai	

¹ Instruction DGAS/2A no 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

² HAS « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008.

Ecarts (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
	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).			
E9	Le droit à la confidentialité des informations concernant les résidents n'est pas garanti, ce qui est contraire aux dispositions figurant à l'article L. 311-3 du CASF.	P9 : Veiller à la stricte confidentialité des informations concernant les résidents.	Sans délai	
E10	L'absence de sécurisation des WC ne permet pas de garantir aux résidents un cadre sécurisé conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	P10 : Veiller à la remise en état des WC.	Sans délai	
E11	La présence de repas appartenant au personnel dans le réfrigérateur dédié au stockage des médicaments thermosensibles ne permet pas de garantir aux résidents un cadre sécurisé conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	P11 : Veiller à l'absence d'objets/denrées tiers dans les réfrigérateurs dédiés au stockage de médicaments.	Sans délai	
E12	Le manque de suivi de la traçabilité de températures des réfrigérateurs contenant des médicaments ne permet pas de garantir une conservation des spécialités pharmaceutiques thermosensibles à une température stabilisée/adaptée, conforme aux autorisations de mise sur le marché (AMM) des médicaments stockés (conservation entre +2°C et +8°C). Ceci ne permet pas de garantir un niveau de sécurisation satisfaisant, conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	P12 : Veiller à une traçabilité permanente et rigoureuse des températures de stockage des médicaments thermosensibles.	Sans délai	
E13	L'absence de sécurisation de la cuisine thérapeutique au sein de l'UVA ne permet pas de garantir aux résidents un cadre sécurisé conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	P13 : Veiller à la sécurisation de la cuisine thérapeutique au sein de l'UVA.	Sans délai	

Ecarts (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
E14	Les systèmes d'appel ne sont pas accessibles dans les WC, 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.	P14 : S'assurer que tous les systèmes d'appel soient cumulativement opérationnels et accessibles en tous points WC.	Sans délai	
E15	Cette synthèse médicale n'est pas conforme à l'article R.4127-45 du code de la santé publique (CSP), qui précise que le médecin doit tenir pour chaque patient un dossier ou fiche d'observation qui comporte les informations nécessaires à la prise en charge et au suivi du patient : <ul style="list-style-type: none"> - Les éléments objectifs cliniques et paracliniques nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques, - La nature des soins dispensés, - Les prescriptions effectuées. Cette synthèse ne comprend pas le récapitulatif des prescriptions médicamenteuses attribuées à cette résidente et ne mentionne pas les modifications éventuelles des traitements effectuées suite à la visite des médecins.	P15 : Veiller à ce que toute synthèse médicale soit conforme aux exigences réglementaires.	Sans délai	
Remarques		Recommandations		
R1	L'absence de formalisation des temps d'échanges sur les questions de bientraitance/maltraitance au sein de l'EHPAD 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, ...).	1 mois	
R2	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	R2 : Mettre en place des instances de supervision, de groupes de parole ou d'analyse de pratiques.	Sans délai	

Ecarts (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
	personnels et ne répond pas aux recommandations de la HAS.			
R3	La signalétique n'est pas satisfaisante.	R3 : Actualiser la signalétique au sein de l'UVA ;	Sans délai	
R4	Les habitudes de la personne ne font pas l'objet d'un recueil formalisé.	R4 : Formaliser les habitudes de la personne dans chaque projet individuel des résidents.	6 mois	
R5	Les projets individualisés ne sont pas suffisamment détaillés et adaptés au profil du résident (ex : UVA et UVPHA).	R5 : Veiller à la complétude des projets individualisés de chaque résident.	6 mois	
R6	Conformément au cahier des charges départemental, en complément des missions classiques de l'EHPAD, l'UVPHA vise, entre autre, à favoriser l'insertion des résidents dans le tissu social local et les échanges entre les résidents de l'unité et ceux du reste de l'EHPAD, notamment à travers les activités de la vie quotidienne et les animations. Pour se faire, le positionnement et la configuration de l'UVPHA doivent permettre l'intégration de la personne handicapée âgée au sein de l'EHPAD. Donc par principe, une UVPHA n'est pas une unité fermée.	R6 : Veiller à ce que le positionnement et la configuration de l'UVPHA puisse favoriser l'insertion des résidents dans le tissu social et les échanges avec les résidents de l'EHPAD.	6 mois	
R7	Le protocole ne précise pas les modalités de mise à jour et ne fait pas référence à l'annexe au contrat de séjour.	R7 : Actualiser le protocole contention.	3 mois	
R8	Les protocoles ne sont pas mis à jour régulièrement.	R8 : Veiller à la mise à jour régulière des protocoles.	6 mois	
R9	La synthèse paramédicale reprend, <i>in extenso</i> , le contenu de la synthèse médicale sans apporter, une spécificité propre à la prise en charge paramédicale de cette personne âgée évaluée en GIR 1 (dénutrition, déshydratation, fausses routes, etc.).	R9 : Veiller à la complétude de la synthèse paramédicale pour chaque résident qui ne peut être un simple copier/coller de la synthèse médicale.	Sans délai	

Ecarts (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
R10	<p>Le plan de soins précise « aide partielle » pour les repas alors qu'il est précisé dans le dossier que la résidente évaluée GIR 1 bénéficie d'une aide complète au repas...</p> <p>Le plan de soins paraît très théorique et peu personnalisé. La traçabilité des actions effectuées auprès de la résidente n'est pas mentionnée dans cette synthèse, ni dans les autres documents transmis.</p>	R10 : Veiller à la parfaite complétude et à l'actualisation des plans de soins et des dossiers des résidents.	Sans délai	
R11	Entre 10h40 et 14h32, soit quatre heures durant lesquelles l'état de santé de la résidente s'est aggravé, aucun élément (transmission) n'a été noté dans le dossier alors que le plan de soins présente plusieurs interventions de professionnels au cours de cette période (repas, collyre, distribution médicaments, renouvellement bouteille d'eau, selles, hydratation, change anatomique, poids).			
R12	<p>La courbe ne met pas en évidence un relevé mensuel du poids de la résidente. La Haute Autorité de Santé (HAS, avril 2007) recommande qu'en institution, le dépistage de la dénutrition soit réalisé une fois par mois, notamment par le biais de la mesure du poids et de son évolution dans le temps, le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), l'estimation de l'appétit ou des apports alimentaires.</p> <p>La synthèse alimentation ne renseigne pas sur les risques et les actions mises en place concernant les fausses routes chez cette résidente évaluée en GIR 1, dont le risque de fausse route est implicitement reconnu (texture mouliné).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Critères d'administration de boisson ou d'eau gélifiée ? - Mesures de précaution ou de restriction concernant l'alimentation par les familles ? 	R11 : Veiller à ce que le dépistage de la dénutrition soit réalisé rigoureusement (traçabilité, suivi, actions préventives mises en place, ...).	Sans délai	

Ecarts (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
	- Equipements individuels de prévention des fausses routes ?			
R13	<p>Le projet personnalisé fait défaut.</p> <p>Cette synthèse reprend les données de la grille AGGIR, en proposant pour chaque item, les termes « aide complète ».</p> <p>Si l'item « alimentation » mentionne un mouliné à partir du 31/12/2020, il n'est pas fait mention d'un risque explicite de fausse route chez cette résidente, ni même des mesures de prévention pouvant être mises en place.</p> <p>Cette fiche ne comprend aucune signature.</p>	<p>R12 : Veiller à la complétude de chaque projet individualisé de chaque résident ainsi que des fiches de synthèse afférentes.</p>	Sans délai	