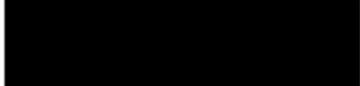




Le directeur général

Lille, le 13 JUIL. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00014


LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD résidence Daniel Croizé situé rue de Molliens à Hornoy-le-Bourg (80443) 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 21/02/2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 16/05/2023.

Par courrier reçu par mes services le 16/06/2023, 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.

Monsieur FROIDURE James
Président du Conseil d'Administration
de l'EHPAD résidence Daniel Croizé
1, place du général Leclerc
80640 Hornoy-le-Bourg

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.

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'agrérer, Monsieur le président, 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

Copie au directeur de l'établissement, Monsieur MENCHEZ Olivier

Pièce(s) jointe(s) :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD résidence Daniel Croizé à Hornoy-le-Bourg (80443) initié le 21/02/2023

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
E.10	L'inconstance et l'insuffisance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-1° du CASF.	P.1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E.15	La charge de travail du personnel ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer une bonne prise en charge des résidents au sens l'article L. 311-3 du CASF.			
E.11	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'État d'aide-soignant et	P.2 : Mettre fin aux glissements de tâches.	1 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
E.2 Le directeur de l'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, des qualifications nécessaires pour assurer ses missions contrairement à l'article D. 312-176-6 à 9 du CASF.	P.3 : Engager le directeur dans une formation afin d'obtenir une certification de niveau I comme le précise l'article D. 312-176-6 du CASF.	12 mois	
E.1 L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.	P.4 : Recruter un médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-155-0 du CASF.	2 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
E.13	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur au jour du contrôle, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E.5	L'établissement ne dispose pas un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.			
E.7	Le livret d'accueil n'est pas conforme à l'article L. 311-4 du CASF et 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.5 : Réviser les documents institutionnels (<i>projet d'établissement, projet de soins, règlement de fonctionnement, livret d'accueil</i>) conformément aux dispositions législatives et réglementaires et les transmettre à la mission de contrôle.	6 mois	
E.6	En ne définissant pas une périodicité de modification du règlement de fonctionnement (maximum 5 ans) et en l'absence de consultation du CVS et des instances représentatives du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R. 311-33 et L. 311-7 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
E.9	En l'absence de signalement des évènements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	P.6 : Signaler les évènements 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.	16/06/2023	
E.12	Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, les formations relatives à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance ne sont pas dispensées au sein de l'établissement.	P.7 : Inclure dans le plan de formation, pour l'ensemble du personnel, des sensibilisations internes et des formations relatives à : - la prévention et la lutte contre la maltraitance ; - la promotion de la bientraitance.	16/06/2023	
E.14	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.	P.8 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E.3	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF	P.9 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	4 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
E.4	En l'absence de signature systématique des comptes rendus de réunion par son président, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.	P.10 : Faire signer les comptes rendus de CVS par le président conformément aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.	16/06/2023	
E.8	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national et des qualifications 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.	P.11 : Transmettre les casiers judiciaires et les qualifications des personnels soignants de l'établissement à la mission de contrôle.	16/06/2023	
R.17	L'établissement n'a pas transmis les taux d'absentéisme et de turn over des équipes.	R.1 : Transmettre les taux d'absentéisme et de turn over des équipes.	16/06/2023	
R.3	L'organisation de la permanence de la direction n'est pas formalisée.	R.2 : Formaliser l'organisation de la permanence de la direction et l'appliquer.	16/06/2023	
R.4	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur ne sont pas définies.	R.3 : Définir les modalités d'intérim en l'absence du directeur.	16/06/2023	

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
R.5	Les rencontres entre le directeur de l'établissement et le gestionnaire ne sont pas régulières.	R.4: Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière entre le directeur de l'établissement et le gestionnaire et établir des comptes rendus.	6 mois	
R.6	Tous les temps d'échange, ne font pas l'objet d'une traçabilité, notamment par le moyen de comptes rendus.	R.5: Rédiger pour chaque temps d'échange, un compte rendu permettant d'assurer une meilleure traçabilité.	16/06/2023	
R.11	La procédure de gestion interne des événements indésirables est incomplète et ne présente pas clairement la gestion interne des événements indésirables.			
R.13	L'établissement ne dispose pas de procédure de déclaration externe des événements indésirables effective.	R.6 : Etablir les procédures de déclaration et gestion interne / externe des événements indésirables incluant la réalisation de RETEX, former de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables et mettre en place des feuilles d'émargement.	4 mois	
R.14	L'établissement ne réalise pas de RETEX à la survenue des événements indésirables.			
R.12	En l'absence de transmission de feuille d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation de sensibilisations à la déclaration des événements indésirables.			

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
R.7	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	R.7 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R.8	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel des réclamations des usagers.	R.8 : Réaliser un bilan annuel des réclamations des usagers.	3 mois	
R.16	L'IDEC ne dispose pas d'une formation spécifique à l'encadrement.	R.9 : Engager l'IDEC dans une formation spécifique à l'encadrement.	6 mois	
R.9	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions.	R.10 : Engager des actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et formaliser un plan d'actions.	3 mois	
R.24	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux soins palliatifs et à la fin de vie, à l'hydratation/nutrition et au circuit du médicament	R.11 : Formaliser, en équipe pluridisciplinaire, les protocoles liés aux prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD, sur les thématiques suivantes : - les soins palliatifs ; - la fin de vie ; - l'hydratation et nutrition ; - le circuit du médicament.	2 mois	
R.25	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.			
R.21	La procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé manque de précisions sur les modalités de mise en œuvre, le suivi et l'actualisation.	R.12 : Réviser la procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé.	16/06/2023	

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
R.20	La procédure d'admission est incomplète.	R.13 : Réviser la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire.	16/06/2023	
R.18	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de poste notamment IDE, psychologue, animateur. De plus, les personnels ne disposent d'aucune fiche de tâches.	R.14 : Formaliser les fiches de poste manquantes : IDE, psychologue, animateur et l'ensemble des fiches de tâches, les transmettre à la mission de contrôle.	2 mois	
R.1	L'établissement n'a pas transmis la fiche de poste de la directrice adjointe.			
R.2	L'établissement n'a pas transmis la fiche de poste du directeur.			
R.22	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées.	R.15 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	3 mois	
R.10	L'établissement ne met pas en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	R.16 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	16/06/2023	

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
R.19	En l'absence de feuilles d'émargement signées attestant la réalisation de formations externes et internes, la formation du personnel n'est pas garantie.	R.17 : Faire signer systématiquement lors de formations et sensibilisations des feuilles de présence et les transmettre à la mission de contrôle.	3 mois	
R.23	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.			
R.15	L'établissement n'a pas transmis le contrat de travail de l'IDEC.	R.18 : Transmettre le contrat de travail de l'IDEC.	16/06/2023	