

Lille, le **12 JUIN 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0273

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

A

Danielle PORTAL
Directrice générale
25 rue Amand de Vienne
80500 MONTDIDIER

LETTRÉ RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Lucien Vivien rue Amand de Vienne à MONTDIDIER (80500) initié le 25 octobre 2022.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Lucien Vivien sis 25 rue Amand de Vienne à MONTDIDIER (80500) 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 25 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 12 avril 2023.

Par courrier reçu le 15 mai 2023, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

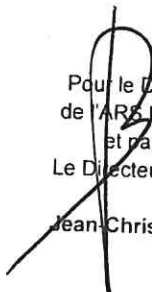
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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

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.

Je vous laisse juger de l'opportunité de transmettre le rapport de contrôle modifié au président du conseil de surveillance.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.



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.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Lucien Vivien à MONTDIDIER (80500) initié le 25/10/2022

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle (à classer par ordre de priorité) | | Prescription (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) |
|--|--|--|---------------------------|---|
| E10 | 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. | P1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L.311-3-3° du CASF. | 2 mois | |
| E9 | 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 ASH ; 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. | P2 : Mettre fin aux glissements de tâches. | 6 mois | |
| E2 | En l'absence d'un médecin coordonnateur au sein de l'équipe pluridisciplinaire, sa composition méconnaît les exigences de l'article D. 312-155-0, II du CASF. | P3 : Procéder au recrutement d'un médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-155-0, II et D. 312-156 du CASF. | 2 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle (à classer par ordre de priorité) | | Prescription (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 | Chaque résident ne dispose pas contrat de séjour, ce qui ne respecte pas les dispositions des articles D.311 du CASF. | P4 : Elaborer et faire signer un contrat de séjour pour chaque résident conformément à l'article D.311 du CASF. | 3 mois | |
| E14 | Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé, ce qui ne respecte pas les dispositions des articles L.311-3 3ème alinéa et D312-155-01 3ème alinéa du CASF. | P5 : Elaborer des projets personnalisés pour l'ensemble des résidents accueillis afin d'assurer une personnalisation de la prise en charge conformément aux dispositions des articles L.311-3-3° et D312-155-0-3° du CASF. | 5 mois | |
| E1 | La répartition des places d'hébergement temporaire et d'hébergement permanent n'est pas conforme à l'autorisation du 26 août 2019. | P6 : Assurer une répartition des places d'hébergement temporaire et permanent conforme à l'arrêté d'autorisation daté du 26 août 2019. | | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle (à classer par ordre de priorité) | | Prescription (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) |
|--|---|--|---------------------------|---|
| E15 | Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune séparant le repas du soir et le petit déjeuner est parfois supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015. | P7 : Proposer de façon systématique une collation nocturne aux résidents. | | |
| E8 | En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes depuis 2020, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales. | P8 : 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. | | |
| E4 E5 E1 | <p>E4 : Le projet d'établissement est obsolète, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.</p> <p>E5 : En n'intégrant pas le plan détaillant les modalités à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique dans le projet d'établissement obsolète, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.</p> <p>E11 : L'établissement ne dispose pas d'un projet de soins en vigueur intégré au projet d'établissement contrevenant ainsi à l'article D.312-158 du CASF.</p> | <p>P9 : Elaborer un projet d'établissement conforme à la législation et la réglementation en vigueur en y intégrant notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un plan détaillant les modalités à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique : - le projet de soins. | 6 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle (à classer par ordre de priorité) | | Prescription (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) |
|--|--|---|---------------------------|---|
| E6 | En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale ainsi que les instances représentatives du personnel et en l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions des articles R.311-33 et R.311-35 du CASF. | P10 : Mettre en conformité le règlement de fonctionnement. | 3 mois | |
| E7 | En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et sur les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007. | P11 : Mettre en conformité le livret d'accueil notamment en y mentionnant les actions de de prévention et de lutte contre la maltraitance ainsi que les numéros des autorités administratives. | 2 mois | |
| E12 | Le RAMA n'est pas rédigé ce qui contrevient à l'article D.312-155-3 alinéa 9 du CASF. | P12 : Rédiger le RAMA. | 8 mois | |
| E3 | La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158, 3° du CASF. | P13 : Mettre en place une commission de coordination gériatrique. | 6 mois | |
| R7 | Les données médicales des résidents ne sont pas informatisées | R1 : informatiser les dossiers des résidents afin de sécuriser l'accès aux informations médicales. | | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle (à classer par ordre de priorité) | | Prescription (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 | Le personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées. | R2 : Former le personnel aux transmissions ciblées. | 1 an et 6 mois | |
| R9 | L'établissement n'a pas apporté de précisions sur les modalités de réalisation des transmissions. | R3 : Transmettre à la mission de contrôle des informations concernant le déroulement des transmissions. | | |
| R3 R4 | R3 : L'établissement indique un taux d'absentéisme élevé pour les IDE, sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier. | R4 : Étudier les causes du taux d'absentéisme et de turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions. | | |
| | R4 : L'établissement indique un taux de turn-over élevé pour les IDE sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier. | | | |
| R2 | L'établissement ne dispose pas de procédure d'accueil du nouvel arrivant. | R5 : Rédiger une procédure d'accueil du nouvel arrivant. | 3 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle (à classer par ordre de priorité) | | Prescription (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) |
|--|--|--|---------------------------|---|
| R8 | Dans le cadre de la démarche continue d'amélioration de la qualité, aucune étude sur les délais de réponses aux appels malades n'est réalisée. | R6 : Réaliser une étude sur les délais de réponses aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects. | 2 mois | |
| R1 | Les CODIR ne font pas l'objet de comptes rendus. | R7 : Etablir des comptes rendus pour les réunions CODIR. | 1 mois | |
| R6 | La procédure d'admission n'a pas été actualisée depuis 2014. | R8 : Mettre à jour la procédure d'admission. | 6 mois | |
| R5 | En l'absence de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations externes, la formation du personnel n'est pas garantie | R9 : Transmettre à la mission de contrôle l'intégralité des feuilles d'émargement concernant les formations. | | |