

Lille, le 21 JUIL. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00108


Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Corinne SENESCHAL
Directrice du centre hospitalier
d'Abbeville
43 rue de l'Ilse
80100 ABBEVILLE

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Centre de gériatrie sis 80 route de Doullens à ABBEVILLE (80100) initié le 13 avril 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Centre de gériatrie sis 80 route de Doullens à ABBEVILLE (80100) 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 13 avril 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 30 mai 2023.

Par courriel reçu le 29 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.

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 territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.



Hugo GILARDI

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Centre de gérontologie à ABBEVILLE (80100) initié le 13/04/2023.

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E7	En l'absence de transmission de la programmation annuelle des projets personnalisés, la mission ne garantit pas que chaque résident dispose d'un projet personnalisé.	P1 : Transmettre la programmation annuelle des projets personnalisés afin de s'assurer que chaque résident dispose d'un projet personnalisé révisé au minimum annuellement.	6 mois	
E2 E4 R3	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L311-8 du CASF. En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF. Le plan bleu n'est pas complet et les informations contenues dans celui-ci ne sont pas tenues à jour.	 P2 : Elaborer un projet d'établissement conforme en y intégrant le projet de soins ainsi que le plan bleu complet et à jour.	5 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E5	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.	P3 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme à la réglementation.	3 mois	
E6	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et soumet à conditions une prestation relevant du socle des prestations d'hébergement.	P4 : Mettre en conformité le contrat de séjour en : <ul style="list-style-type: none"> - ajoutant la mention de l'obligation pour les professionnels de santé libéraux appelés à intervenir y sein de l'établissement de conclure un contrat ; - précisant que la marquage du linge incombe à l'établissement lui-même ; - en précisant l'accès aux moyens de communication, dont internet dans l'établissement et dans les chambres. 	3 mois	
E3	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R.31133 du CASF.	P5 : Mettre à jour le règlement de fonctionnement en précisant notamment les tarifs en vigueur et en précisant les faits de violences sur autrui sont susceptibles d'entrainer des procédures administratives et judiciaires et le présenter aux instances.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E1	En l'absence d'éléments suffisants afin d'apprécier la composition du CVS et en l'absence de signature systématique des comptes rendus par son président, la mission ne peut constater son fonctionnement est conforme à l'article D.311-5 et D.311-20 du CASF.	P6 : Transmettre à la mission de contrôle les résultats des nouvelles élections du conseil de la vie sociale afin de s'assurer de sa conformité par rapport à la nouvelle règlementation et faire systématiquement signer les comptes rendus par son président.	7 mois	
R4	Le diplôme d'un agent n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	R1 : Transmettre les qualifications de l'ensemble des agents.		
R17	Le personnel de l'établissement n'est pas formé aux protocoles.	R2 : Former le personnel aux protocoles de l'établissement et mettre en place un émargement systématique.	7 mois	
R5	Le plan d'amélioration de la qualité n'est pas tenu à jour.	R3 : Réactualiser le plan d'amélioration de la qualité.	8 mois	
R16	L'ensemble du personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées.	R4 : Former l'ensemble du personnel soignant aux transmissions ciblées.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R6	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	R5 : Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	
R7	Le nouvel arrivant n'est pas systématiquement doublé lors sa prise de poste.	R6 : Doubler de façon systématique le nouvel arrivant lors de sa prise de poste.	3 mois	
R12	En l'absence de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations, la formation du personnel n'est pas garantie.	R7 : Transmettre à la mission de contrôles les feuilles d'émargement aux formations.		
R13	La procédure d'admission est incomplète.	R8 : Compléter la procédure d'admission en précisant le rôle de chacun durant l'entièreté du processus d'admission, de la réception du dossier de demande d'admission à l'accueil effectif du résident.	3 mois	
R9 R11	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche de poste.	R9 : Rédiger des fiches de poste pour le médecin coordonnateur ainsi que pour les ASH.		
	Les ASH ne disposent pas de fiche de poste.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R15	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.	R10 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R14	Les horaires des repas précisés dans le règlement de fonctionnement et dans le livret d'accueil manquent de concordance avec ceux précisés par l'établissement.	R11 : Préciser les bons horaires de repas dans les documents institutionnels.		
R8	Le tableau des effectifs du personnel manque de concordance avec les plannings.	R12 : Transmettre à la mission de contrôle un tableau des effectifs reprenant l'ensemble des personnels présents aux plannings.		
R2	En l'absence d'éléments suffisants la mission ne peut vérifier la conformité de la composition du CVS.	R13 : Transmettre à la mission de contrôle un document attestant la composition du CVS conformément à l'article D.311-5 du CASF.	2 mois	
R10	Le taux de turn over des personnels soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	R14 : Transmettre à la mission de contrôle le taux de turn over des personnels soignants.		

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R1	L'organigramme n'est pas suffisamment précis sur la composition des équipes.	R15 : Préciser la composition des équipes au sein de l'organigramme.	1 mois	