

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024_HDF_00378


Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Michel THUMERELLE
Directeur du Centre Hospitalier de
SAINT-AMAND-LES-EAUX
19 rue des Anciens d'AFN
59230 SAINT-AMAND-LES-EAUX

LETTER RECOMMENDED WITH RECEIPT OF ACCUSATION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Dewez sis 78 rue Pierre Boeynaems à MORTAGNE DU NORD (59158) initié le 20 août 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, Résidence Dewez sis 78 rue Pierre Boeynaems à MORTAGNE DU NORD (59158) 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 20 août 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 12 novembre 2024.

Par courrier reçu le 11 décembre 2024, 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.



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 Dewez à MORTAGNE DU NORD (59158) initié le 20 août 2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (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)
E1	La population installée déclarée par la direction n'est pas conforme à la capacité autorisée mentionnée sur l'arrêté d'autorisation du 28 octobre 2016.	Prescription 1 : Respecter l'arrêté d'autorisation.	/	11/12/2024
E8	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 « faisant fonction » d'AS ; 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 sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription 2 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier à la mission de contrôle afin de garantir aux résidents une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	Dès réception du rapport	
E12	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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.	Prescription 3 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	/	11/12/2024
E7	En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire de son personnel, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en	Prescription 4 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (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)
	capacité de vérifier les aptitudes du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.	CASF, et transmettre le tableau des effectifs révisés au regard de la fonction et du diplôme obtenu.		
R2	Le diplôme renseigné n'est pas en adéquation avec le poste occupé pour un membre du personnel.			
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-16 du CASF.	Prescription 5 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-16 du CASF.	3 mois	
E3	Au jour du contrôle, en l'absence de présentation au conseil de la vie sociale, le pré-projet d'établissement n'est pas en vigueur contrairement aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.			
E4	Le pré-projet d'établissement ne comporte pas de partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 6 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le plan bleu et le règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E5	Le plan bleu n'a pas été arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire après consultation des instances représentatives du personnel et du CVS ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article R. 311-38-1 du CASF.			
E6	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (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)
E9	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevert aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 7 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation et qui devra être intégré dans le projet d'établissement en application de l'article D.312-158 du CASF.	6 mois	
E10	Le RAMA n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique contrairement à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 8 : Soumettre le dernier rapport annuel d'activité médicale pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E11	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	Prescription 9 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D.311 du CASF et du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médicosociaux.	3 mois	
R11	Le tableau prévisionnel des projets personnalisés transmis à la mission de contrôle, ne permet pas de s'assurer que les projets personnalisés sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.	Recommandation 1 : Formaliser le tableau prévisionnel des projets personnalisés et s'assurer qu'ils sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.	3 mois	
R4	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins.	Recommandation 2 : Formaliser une procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins et la transmettre à la mission de contrôle.	/	11/12/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (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)
R12	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, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS.	Recommandation 3 : Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	3 mois	
R1	L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des comptes rendus demandés de la commission de coordination gériatrique, ce qui ne permet pas de s'assurer que celle-ci se tient de manière régulière	Recommandation 4 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus de la commission de coordination gériatrique, afin que la mission de contrôle s'assure que celle-ci se tient de manière régulière.	1 mois	
R14	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux contentions, aux urgences, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs, à la fin de vie et au circuit du médicament.	Recommandation 5 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux contentions, aux urgences, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs, à la fin de vie et au circuit du médicament.	3 mois	
R10	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 6 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	2 mois	
R3	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des plaintes et réclamations spécifique à l'EHPAD Résidence Dewez.	Recommandation 7 : Réaliser un bilan annuel des plaintes et des réclamations des usagers, spécifique à l'EHPAD Résidence Dewez.	3 mois	
R8	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 8 : Etudier les causes de l'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R5	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil et d'un livret d'accueil spécifique au personnel de l'EHPAD.	Recommandation 9 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant ainsi qu'un livret d'accueil et la transmettre à la mission de contrôle.	2 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (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)
R13	En l'absence de transmission de feuille d'émargement, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les professionnels sont régulièrement sensibilisés aux transmissions ciblées	Recommandation 10 : Transmettre les feuilles d'émargement concernant les formations ou sensibilisations aux transmissions ciblées	1 mois	
R6	Le temps de travail déclaré sur la fiche de paie d'avril 2024 du médecin coordonnateur n'est pas en adéquation avec le temps de travail déclaré par l'établissement.	Recommandation 11 : Transmettre le contrat de travail du médecin coordonnateur à la mission de contrôle.	/	11/12/2024
R7	L'établissement n'a pas transmis le contrat de travail du médecin coordonnateur.			
R9	Les fiches de tâches sont communes entre le personnel soignant et le personnel non soignant (AS et ASH) en poste de jour et de nuit.	Recommandation 12 : Rédiger des fiches de tâches distinctes pour l'AS et l'ASH en poste de jour et de nuit et les transmettre à la mission de contrôle.	1 mois	