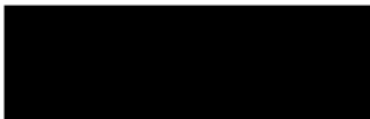


Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2024-HDF-00390



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Maison Rurale Pierre Cacheux sis 13 rue de la Bergère à SEBOURG (59990) 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 24 juillet 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 12 février 2025.

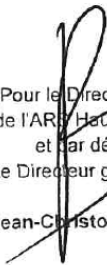
En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courent à compter de la réception de la présente.

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.

Monsieur Rodolphe ROHART
Président
Association Maison Rurale Pierre Cacheux
13, rue de la Bergère
59990 SEBOURG

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'agréer, 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 à Monsieur Lionel LEMAY, directeur de l'établissement.

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Maison Rurale Pierre Cacheux à SEBOURG (59990) initié le 24 juillet 2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
E12	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 portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des agents de soins ; 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 1 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches 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, 1° du CASF et transmettre un échéancier ainsi que les fiches de poste/tâches révisées à la mission de contrôle.	Dès réception du rapport	
E11	L'insuffisance des effectifs présents la nuit en termes de nombre 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.	Prescription 2 : Prévoir du personnel suffisant en nombre et en qualification afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents la nuit.	1 mois	
E4	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un plan bleu, contrairement aux dispositions des articles L. 311-8, D. 312-160, R. 311-38-1 et R. 311-38-2 du CASF.	Prescription 3 : Etablir un plan bleu conforme à la réglementation et l'intégrer au projet d'établissement.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
E17	Contrairement aux dispositions de l'article D. 311 du CASF, tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé actualisé a minima une fois par an.	Prescription 4 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	3 mois	
E7	La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 5 : Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en : <ul style="list-style-type: none"> - présentant les actions menées par l'établissement au sein du projet d'établissement, du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil. - formant le personnel à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance. Transmettre les feuilles d'émargement à la mission de contrôle. - transmettant le tableau récapitulatif et nominatif du personnel faisant figurer la date de vérification des extraits de casiers judiciaires. En effet, les extraits de casier judiciaire des professionnels doivent être vérifiés de manière exhaustive et cette vérification doit avoir lieu à intervalle régulier conformément à l'article L. 133-6 du CASF. 	3 mois	
R6	L'établissement n'a pas transmis les dates de demande des extraits de casier judiciaire de l'ensemble du personnel.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
E8	L'établissement n'a pas mis en place une politique de gestion des risques et ne signale pas les événements indésirables et événements indésirables graves contrairement aux dispositions des articles L.311-8-1, R.311-8 du CASF et l'arrêté du 28/12/2016.	Prescription 6 : Mettre en place une politique de gestion des risques en : <ul style="list-style-type: none"> - élaborant une procédure de gestion interne des événements indésirables. - élaborant une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves et des événements indésirables graves associés aux soins. - signalant 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. - formant le personnel à la déclaration des événements indésirables. - organisant des RETEX suite à la survenue d'un événement indésirable grave. 	3 mois	
E9	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 7 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier au temps de travail insuffisant du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Dès réception du rapport	
E10	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche de poste précisant les missions qui lui sont confiées conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 8 : Elaborer la fiche de poste du médecin coordonnateur, conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
E13	Le projet de soins n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 9 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation. Celui-ci doit être intégré au projet d'établissement.	6 mois	
E14	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF, le rapport annuel d'activité médicale transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.	Prescription 10 : Faire signer le rapport annuel d'activité médicale par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement conformément à la réglementation.	1 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158-3° du CASF.	Prescription 11 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
E16	En ne mettant pas à disposition du résident une connexion internet dans sa chambre et en facturant l'entretien du linge personnel, l'établissement contrevient aux dispositions 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 mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et notamment à l'annexe 2-3-1 relative au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	Prescription 12 : Se conformer aux dispositions du décret du 28 avril 2022 en incluant dans le prix de journée l'entretien du linge personnel et l'accès à une connexion internet dans la totalité de l'établissement, y compris les chambres, sans participation financière supplémentaire de la part du résident.	Dès réception du rapport	
E3	Le projet d'établissement ne répond pas aux exigences des articles L.311-8 et D.311-387-3 du CASF.	Prescription 13 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E5	En ne définissant pas de périodicité, en l'absence de consultation du CVS et des instances représentatives du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement et en l'absence de certaines mentions réglementaires, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
E6	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, ainsi que l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.			
E15	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions des articles D.311 et L.311-4 du CASF.			
E2	Les modalités de fonctionnement du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L.311-6 et D.311-3 et suivant du CASF.	Prescription 14 : Se conformer à la réglementation en instituant un CVS selon les dispositions en vigueur.	4 mois	
E18	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.	Prescription 15 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
R2	Les informations renseignées par l'établissement et indiquées dans le contrat de travail du directeur concernant son temps de travail ne sont pas concordantes.	Recommandation 1 : Réviser le contrat de travail du directeur ou transmettre des informations concordantes concernant son temps de travail.	1 mois	
R5	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 2 : Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement.	1 mois	
R7	L'établissement ne dispose pas d'un système d'enregistrement et de suivi des plaintes et réclamations des résidents.	Recommandation 3 : Mettre en place un système d'enregistrement permanent et de suivi des plaintes et réclamations des résidents puis, réaliser un bilan annuel des plaintes et réclamations des usagers.	6 mois	
R8	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 4 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R9	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 5 : Rédiger un plan global d'actions concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
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.	Recommandation 6 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R11	L'IDEC ne dispose pas d'une formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 7 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	6 mois	
R10	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant formalisée.	Recommandation 8 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	
R14	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'admission formalisée.	Recommandation 9 : Formaliser une procédure d'admission.	3 mois	
R17	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux contentions, à l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence, à la douleur, au circuit du médicament, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 10 : Elaborer, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux contentions, à l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence, à la douleur, au circuit du médicament, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
R18	Les protocoles ne sont pas élaborés en concertation avec les équipes.			
R20	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 11 : Evaluer les protocoles de manière périodique.	6 mois	
R13	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations internes/externes, la formation du personnel n'est pas garantie.	Recommandation 12 : Former le personnel aux transmissions ciblées et aux protocoles internes. Transmettre les feuilles d'émargement des formations réalisées afin de s'assurer de la mise en œuvre du plan de formation.	3 mois	
R16	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux transmissions ciblées n'est pas garantie.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
R19	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.			
R1	L'organigramme n'est pas nominatif ni daté.	Recommandation 13 : Transmettre un organigramme nominatif et daté.	1 mois	
R3	Aucun planning relatif aux astreintes de direction n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 14 : Transmettre le planning des astreintes de direction à la mission de contrôle.	1 mois	
R4	L'établissement n'a pas transmis les 3 derniers comptes rendus de réunions avec le conseil d'administration.	Recommandation 15 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus de réunions avec le conseil d'administration.	1 mois	
R12	Les taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 16 : Transmettre les taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants pour 2021, 2022 et 2023.	1 mois	