

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00405


LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence du Moulin d'Ascq sis 53 rue du Moulin d'Ascq à VILLENEUVE-D'ASCQ (59493) 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 14 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 10 avril 2024.

Par courrier reçu par mes services le 10 mai 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.

Monsieur Gérard CAUDRON
Président du CCAS de VILLENEUVE-D'ASCQ
Place Salvador-Allende
59652 VILLENEUVE-D'ASCQ CEDEX

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.



Copie à Monsieur Vincent VANRECHEM, chef du service accompagnement des aînés.

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence du Moulin d'Ascq à VILLENEUVE-D'ASCQ (59493) initié le 14 décembre 2023.

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)
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 agents 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.	<p>Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches et prévoir un nombre suffisant de personnels 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.</p>	1 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)
E11	Au regard des déclarations de l'établissement, l'insuffisance des effectifs présents par poste horaire (de jour et de nuit), en termes de nombre, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-1° du CASF.			
E12	La surveillance de l'UVA la nuit n'est pas systématiquement assurée par du personnel qualifié ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF.	Prescription 2 : Positionner du personnel qualifié et dédié la nuit en UVA afin d'assurer la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article D. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E8	En l'absence de signalement des événements 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.	Prescription 3 : 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.		10/05/2024

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)
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.	<p>Prescription 4 : Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettant en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles, - vérifiant de manière exhaustive l'ensemble des diplômes et extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD. Perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation. <p>Transmettre les attestations de formation du personnel à la bientraitance ainsi que le tableau comprenant les dates de vérification des extraits de casiers judiciaires actualisées.</p>		
E6	En ne vérifiant pas le bulletin de casier judiciaire national ainsi que la nature du diplôme obtenu de certains agents, 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 du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.		3 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)
E16	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 5 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets est réalisée.	3 mois	
E17	Au regard de l'absence de projet personnalisé pour l'ensemble des résidents, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
E4	L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 6 : Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD et l'intégrer au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 du CASF.	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)
E10	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 7 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.	1 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas réunie de manière régulière contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription 8 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E13	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.	Prescription 9 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois	
E14	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas conforme à l'article D. 312-158, alinéa 10.	Prescription 10 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un RAMA conforme à la réglementation en vigueur en précisant la soumission pour avis à la commission de coordination gériatrique qu'il signe conjointement avec la direction de l'établissement.	3 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)
E3	Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle constate que l'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en vigueur et ne respecte donc pas les dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E5	En l'absence de mention de la consultation du CVS ou une autre forme de participation dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.	Prescription 11 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E15	En ne mentionnant pas les conditions de séjour et d'accueil, les mesures administratives, judiciaires, médicales ou thérapeutiques ainsi que la signature d'un avenant dans un délai maximal de 6 mois précisant les objectifs et prestations adaptés à la personne accueillie, le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			

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)
E2	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 12 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : <ul style="list-style-type: none">- révisant la composition du CVS conformément à l'article D. 311-5 du CASF,- faisant signer systématiquement les procès-verbaux au président du CVS conformément à l'article D. 311-20 du CASF,- mettant à jour le règlement intérieur du CVS.	3 mois	
R2	Le règlement intérieur du CVS n'est pas à jour.			
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 13 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		10/05/2024
R10	Au jour du contrôle, l'IDEC ne dispose pas d'une formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 1 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement et transmettre l'attestation de réussite à la mission de contrôle.	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)
R13	L'établissement ne dispose pas de plan de formations internes et externes.	Recommandation 2 : Etablir un plan de formations internes et externes	3 mois	
R14	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations internes/externes, la formation du personnel n'est pas garantie.			
R6	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation de l'ensemble du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 3 : Transmettre les feuilles d'émargement des formations internes et externes réalisées, relatives à la déclaration des événements indésirables et aux protocoles.	2 mois	
R20	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles 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)
R18	Le personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées.	Recommandation 4 : Former le personnel aux transmissions ciblées et transmettre les feuilles d'émargement à la mission de contrôle.	3 mois	
R7	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves associés aux soins.	Recommandation 5 : Etablir une procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves associés aux soins.	3 mois	
R8	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation 6 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.	3 mois	
R5	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 7 : Rédiger un plan d'actions concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R4	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 8 : Réaliser un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 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)
R3	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction annuellement.	Recommandation 9 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R17	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 10 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	1 mois	
R16	L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'élaboration des projets personnalisés formalisé.	Recommandation 11 : Formaliser un protocole d'élaboration des projets personnalisés.	3 mois	
R9	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 12 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	
R15	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'admission formalisée.	Recommandation 13 : Etablir une procédure d'admission.	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)
R12	Le personnel de l'établissement ne dispose pas de fiches de tâches.	Recommandation 14 : Etablir une fiche de tâches pour le personnel de l'établissement.	3 mois	
R19	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux prises en charges spécifiques à l'exception des contentions.	Recommandation 15 : Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles portant sur les prises en charges spécifiques relatives aux urgences, aux chutes, aux troubles du comportement, à l'hydratation et la nutrition, aux changes et à la prévention de l'incontinence, à la douleur, aux soins palliatifs, à la fin de vie et au circuit du médicament.	6 mois	
R21	En l'absence de transmission de la liste des protocoles en vigueur avec leur date d'élaboration et de révision, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	Recommandation 16 : Transmettre la liste des protocoles en vigueur avec leur date d'élaboration et de révision.	6 mois	
R1	L'organigramme transmis ne permet pas d'identifier les liens hiérarchiques et fonctionnels et n'est pas actualisé.	Recommandation 17 : Mettre à jour l'organigramme et identifier clairement les liens hiérarchiques et fonctionnels.	1 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)
R11	Les taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 18 : Transmettre les taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants pour 2020, 2021 et 2022.	1 mois	