

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2024-HDF-00095


LETTER RECOMMENDED WITH ACCUSE RECEIPT

Madame la directrice,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Schadet Vercoustre situé au 11 rue Schadet Vercoustre à Bourbourg (59630) 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 19 février 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 21 août 2024.

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 courront 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.

Madame Audrey BERNARD
Directrice
Fondation Schadet Vercoustre
11 rue Schadet Vercoustre
59630 BOURBOURG

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, Madame la directrice, l'assurance de ma considération distinguée.



Copie à Monsieur Jean-Pierre DECOOL, président de la Fondation Schadet Vercoustre

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Schadet Vercoustre à BOURBOURG (59630) initié le 19 février 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 de février 2022.	Prescription n°1 : Respecter l'arrêté d'autorisation.	1 mois	
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'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des professionnels non diplômés (ASHQ) ; 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 n°2 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier 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 ^o du CASF.	Immédiat	
E13	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un médecin coordonnateur, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF.	Prescription n°3 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à l'absence d'un médecin coordonnateur conformément à l'article D312-156 du CASF.	Immédiat	

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)
E2	En ne mettant pas en œuvre, au minimum une fois par an, une commission de coordination gériatrique présidée par un médecin coordonnateur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°4 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	6 mois	
E3	Au jour du contrôle, les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF.	Prescription n°5 : Revoir l'organisation du CVS afin de répondre à l'ensemble des dispositions prévues aux articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF (cf. détails page 12 du rapport de contrôle).	6 mois	
E17	En l'absence de transmission d'un tableau de suivi et de programmation de révision des projets d'accompagnement personnalisé, la mission de contrôle ne peut s'assurer que chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement et à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	Prescription n°6 : Transmettre un tableau de suivi et de programmation de révision des projets d'accompagnement personnalisé permettant à la mission de contrôle de s'assurer que chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement et à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	1 mois	
E11	En n'effectuant pas la vérification de l'extrait de casier judiciaire national à l'embauche, puis à intervalle régulier, pour tous les salariés, 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 des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription n°7 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation.	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)
E10	Contrairement aux dispositions de l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	Prescription n°8 : Former l'ensemble du personnel à la prévention et à la lutte contre la maltraitance, et à la promotion de la bientraitance, conformément à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	6 mois	
E9	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	Prescription n°9 : Réviser le livret d'accueil, en y annexant la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance conformément aux dispositions des articles D311-39 et L311-4 du CASF, et en y précisant conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance :		
E8	En n'annexant pas la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance au livret d'accueil, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-39 du CASF.			
R5	Le contenu du livret d'accueil n'est pas suffisamment développé.	<ul style="list-style-type: none"> • les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ; • les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental) ; • les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance. 	3 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)
E16	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	<p>Prescription n°10 : Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux (cf. page 31 du rapport de contrôle).</p>	3 mois	
E4	Le projet d'établissement en vigueur n'est pas entièrement conforme aux dispositions des articles L311-8, D311-38-3 et suivants du CASF.	<p>Prescription n°11 : Réviser le projet d'établissement, et préciser à la mission de contrôle les modalités de son élaboration, dont notamment la date de validation par le CVS conformément aux dispositions des articles L311-8, D311-38-3 et suivants du CASF (cf. page 13 du rapport de contrôle).</p>	6 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)
E6	Le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle, n'est pas détaillé dans le projet d'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	Prescription n°12 : Réviser le plan bleu conformément aux dispositions des articles R311-38-1 et 2 du CASF et aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS / VSS2 / DGCS / SD3A / 2022 / 258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD, et au « guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD », avant de l'annexer au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 CASF.	6 mois	
E5	En ne disposant pas d'un plan bleu en vigueur détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle, l'établissement contrevient aux attendus des articles R311-38-1 et 2 du CASF, et notamment à l'instruction interministérielle n°DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription n°13 : Consulter le CVS et les instances représentatives du personnel dans le cadre de l'élaboration du règlement de fonctionnement, et faire figurer ces modalités dans le contenu du règlement conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	6 mois	
E7	En n'ayant pas consulté le CVS et les instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 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)
E14	En disposant d'un projet de soins non élaboré par un médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°14 : Réviser, après recrutement d'un médecin coordonnateur, le projet de soins conformément aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	6 mois	
E15	En ne disposant pas d'un RAMA, élaboré par un médecin coordonnateur et soumis à la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.	Prescription n°15 : Rédiger, après recrutement d'un médecin coordonnateur, un RAMA conformément aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.	6 mois	
R17	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas, au jour du contrôle, d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°1 : Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	3 mois	
R7	En l'absence de formalisation du processus d'enregistrement permanent des réclamations et des plaintes des résidents et de leurs familles, de l'élaboration d'un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité global, et de la réalisation d'enquêtes de satisfaction annuelles, la démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas suffisamment déployée au sein de l'établissement.	Recommandation n°2 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en formalisant le processus d'enregistrement permanent des réclamations et des plaintes des résidents et de leurs familles, en élaborant un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité global, et en réalisant des enquêtes de satisfaction annuelles.	6 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)
R6	L'établissement ne dispose pas d'un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance élaboré en équipe pluridisciplinaire.	Recommandation n°3 : Formaliser un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance en équipe pluridisciplinaire.	3 mois	
R16	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'élaboration et de réactualisation des projets d'accompagnement personnalisé.	Recommandation n°4 : Formaliser une procédure relative aux modalités d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé décrivant précisément le processus, le rôle de chaque catégorie professionnelle et l'implication des résidents.	3 mois	
R18	L'établissement ne dispose pas de protocoles internes relatifs à la contention, aux urgences, à l'hydratation/nutrition, au circuit du médicament, aux soins palliatifs, ainsi qu'aux changes et à la prévention de l'incontinence.	Recommandation n°5 : Formaliser les protocoles relatifs à la contention, aux urgences, à l'hydratation/nutrition, au circuit du médicament, aux soins palliatifs, ainsi qu'aux changes et à la prévention de l'incontinence.	4 mois	
R15	L'établissement ne dispose pas d'une procédure formalisée de préadmission et d'admission d'un résident.	Recommandation n°6 : Formaliser une procédure de préadmission et d'admission d'un nouveau résident en y intégrant l'ensemble des dispositions réglementaires.	3 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)
R12	Il n'existe ni de livret d'accueil ni de procédure dédiée au processus d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants salariés.	Recommandation n°7 : Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant, en précisant les tâches à accomplir par chaque catégorie professionnelle avant et à l'arrivée d'un nouveau salarié, et créer un livret d'accueil à destination des professionnels en y intégrant les droits et les devoirs du personnel.	6 mois	
R8	Au jour du contrôle, les modalités de déclaration, de gestion et de traitement des événements indésirables en interne sont en cours de formalisation.	Recommandation n°8 : Finaliser la formalisation des modalités de déclaration, de gestion et de traitement des événements indésirables en interne.	2 mois	
R10	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	Recommandation n°9 : Formaliser une procédure de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	3 mois	
R11	La méthodologie d'analyse et de traitement des événements indésirables graves et / ou récurrents, par le biais de RETEX, n'est pas suffisamment déployée en interne.	Recommandation n°10 : Analyser les causes des événements indésirables survenus en déployant la méthodologie des CREX : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives.	3 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)
R9	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des formations / sensibilisations, ce qui ne permet pas de les valoriser.	Recommandation n°11 : Former et sensibiliser régulièrement les professionnels aux thématiques suivantes et en assurer la traçabilité : <ul style="list-style-type: none">• les transmissions ciblées ;• les protocoles et les procédures internes ;• la déclaration et la gestion en interne des événements indésirables.	6 mois	
R14	Les IDE ne bénéficient pas de fiche de tâches en fonction du poste occupé.	Recommandation n°12 : Formaliser des fiches de tâches pour les IDE.	3 mois	
R13	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation n°13 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R4	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation n°14 : Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR, et rédiger systématiquement des comptes rendus.	1 mois	
R3	Les modalités d'intérim en l'absence de la directrice n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.	Recommandation n°15 : Transmettre à la mission de contrôle davantage de précisions sur les modalités d'intérim en l'absence de la directrice.	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)
R2	Les modalités d'organisation des astreintes ne sont pas formalisées.	Recommandation n°16 : Formaliser les modalités d'organisation des astreintes.	1 mois	
R1	Le diplôme de la directrice n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation n°17 : Transmettre le diplôme de la directrice.	1 mois	