

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00142



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Saint Augustin sis 7 rue Leuillieux à BOULOGNE-SUR-MER (62200) 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 21 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 19 juillet 2024.

Par courrier reçu par mes services le 19 août 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.

Monsieur Noël DEFFONTAINES
Président du Conseil d'Administration
Association Temps de Vie
Parc du Canon d'Or
Bat. C – 1^{er} Etage
5, rue Philippe Noiret
59350 SAINT-ANDRE-LEZ-LILLE

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 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 Madame Hélène COFFIN, directrice 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 Résidence Saint Augustin à BOULOGNE SUR MER (62200) initié le 21 mars 2024

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)
E7	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 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 1 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier ; prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° 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)
E8	Le fonctionnement du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) n'est pas conforme à l'article D. 312-155-0-1 du CASF et au cahier des charges national.	Prescription 2 : S'assurer du fonctionnement du PASA conformément à l'article D. 312-155-0-1 du CASF et au cahier des charges national. Transmettre la liste du personnel et le planning dédiés au PASA.	Dès réception du rapport	
E9	La surveillance de l'UVA le jour n'étant pas systématiquement assurée par du personnel qualifié, la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1 du CASF.	Prescription 3 : Positionner exclusivement du personnel qualifié au sein de l'UVA afin de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1 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)
E6	En l'absence de vérification systématique à l'embauche puis de manière régulière de l'extrait de casier judiciaire, 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 des personnes vulnérables.	Prescription 4 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casier judiciaire des professionnels de l'EHPAD et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.		19/08/2024
E10	Contrairement aux dispositions de l'article D. 311 du CASF, les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé actualisé à minima une fois par an.	Prescription 5 : Réaliser une évaluation annuelle des projets personnalisés des résidents conformément à la réglementation.	3 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158-3° du CASF.	Prescription 6 : Constituer et 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)
E5	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, sur le numéro dédié à l'écoute des situations de maltraitance et les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 7 : Mettre en conformité le livret d'accueil en incluant les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ainsi que les coordonnées téléphoniques des autorités administratives et du numéro dédié aux situations de maltraitance conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	3 mois	
E3	Le projet général de soins n'est pas intégré au projet d'établissement dans son intégralité ce qui est contraire aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 8 : Intégrer le projet général de soins et le plan bleu au projet d'établissement conformément aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-160 du CASF. Puis soumettre le projet d'établissement pour avis au CVS ou une autre forme de participation conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	3 mois	
E4	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.			
E2	En l'absence de consultation du CVS ou une autre forme de participation, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E11	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents,	Prescription 9 : Proposer systématiquement une collation nocturne		19/08/2024

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)
	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.	aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		
R3	Le diplôme d'un soignant n'est pas en adéquation avec le poste occupé.	Recommandation 1 : Réviser le poste occupé ou le diplôme inscrit dans le tableau récapitulatif et nominatif du personnel.		19/08/2024
R4	La procédure de déclaration externe des événements indésirables graves ne précise pas les modalités de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins.	Recommandation 2 : Réviser la procédure de déclaration externe des événements indésirables graves en précisant les modalités de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins.		19/08/2024
R5	L'organisation systématique de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves n'est pas garantie.	Recommandation 3 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX.	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)
R9	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 4 : Compléter la procédure d'admission.		19/08/2024

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)
R7	Les conditions d'accès (diplômes) renseignées sur les fiches de poste des AES/AMP et des auxiliaires de vie ne sont pas correctes.	Recommandation 5 : Réviser les conditions d'accès (diplômes) renseignées sur les fiches de poste des AES/AMP et des auxiliaires de vie.		19/08/2024
R8	La fiche de poste transmise pour le poste d'ASH n'est pas lisible dans son entièreté.	Recommandation 6 : S'assurer que les missions renseignées dans la fiche de poste des ASH soient lisibles puis transmettre la fiche de poste à la mission de contrôle.		19/08/2024
R6	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme et de turn over des équipes élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 7 : Etudier les causes de l'absentéisme et du turn over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme nominatif.	Recommandation 8 : Etablir un organigramme nominatif.		19/08/2024
R2	Aucun compte-rendu des réunions institutionnelles (CODIR) n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 9 : Transmettre les 3 derniers comptes-rendus de CODIR à la mission de contrôle.	1 mois	