

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00320



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Carole MARTIN
Directrice
Résidence de l'Ourcq
15, rue des Gallets
02460 LA FERTE MILON

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence de l'Ourcq sis 15, rue des Gallets à LA FERTE MILON (02460) initié le 16 avril 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence de l'Ourcq sis 15, rue des Gallets à LA FERTE MILON (02460) 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 16 avril 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 1^{er} octobre 2024.

Par courrier reçu le 5 novembre 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.



Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER

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 de l'Ourcq à LA FERTE MILON (02460) initié le 16 avril 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 capacité installée au sein de l'EHPAD n'est pas conforme à la capacité autorisée selon l'arrêté d'autorisation du 02/03/2017.	Prescription 1 : Respecter l'arrêté d'autorisation.	3 mois	
E8	Au jour du contrôle, 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'État d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE..	Prescription 2 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier aux glissements de tâches, et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents et le respect de leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	Dès réception du rapport	
E11	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire, le jour et la nuit, notamment en UVA, en termes de nombre et de qualification des agents, 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.			

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	La charge de travail du personnel ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer aux résidents une prise en charge de qualité et sécurisée au sens l'article L. 311-3 du CASF au regard du nombre de toilettes par agent.			
E9	Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0,60 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 3 : 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	

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	Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	Prescription 4 : Engager le médecin coordonnateur dans une action de formation diplômante relative aux spécificités de la gériatrie conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	6 mois	
E17	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 5 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		05/11/2024

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)
E18	L'absence de réponse réactive en cas de déclenchement du dispositif d'appel malade ne permet pas de garantir la sécurité des résidents, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et aux recommandations de la HAS.	Prescription 6 : Veiller à une réponse aux appels malades, dans des délais satisfaisants, afin de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et des recommandations de la HAS.	Dès réception du rapport	
E15	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé ou d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 7 : 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.	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)
E7	En l'absence de vérification à l'embauche du diplôme et de l'extrait de casier judiciaire national, puis de vérification 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 de personnes vulnérables.	Prescription 8 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des diplômes et des extraits de casier judiciaire des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casier judiciaire conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	
E5	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	Prescription 9 : Inclure dans le projet d'établissement les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	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)
E6	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 10 : Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en formant le personnel sur cette thématique conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 (formations, plan d'action, etc.).	4 mois	
E3	En ne se réunissant pas au minimum trois fois par an, le fonctionnement du CVS n'est pas conforme à l'article D. 311-16 du CASF.	Prescription 11 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées : <ul style="list-style-type: none"> - Réunir le CVS 3 fois par an ; - Formaliser un projet d'établissement et un projet de soins associé ; Réviser le contrat de séjour.	6 mois	
E4	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 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)
E12	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.			
E14	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-4 et L. 311-4-1 du CASF.			
E2	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 12 : Constituer 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		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	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 et n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique.	Prescription 13 : Soumettre le dernier rapport annuel d'activité médicale pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire conjointement signer par le médecin coordonnateur et la direction conformément à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	4 mois	
R1	Le règlement de fonctionnement n'est pas à jour.	Recommandation 1 : Réviser le règlement de fonctionnement.	2 mois	
R7	Le temps de travail mentionné sur la fiche de paie et le contrat du médecin coordonnateur est différent du temps de travail déclaré par l'établissement.	Recommandation 2 : Justifier l'incohérence entre le temps de travail mentionné sur la fiche de paie et le contrat du médecin coordonnateur et celui déclaré par l'établissement.	Dès réception du rapport	

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 n'organise pas, au jour du contrôle, de RETEX suite à la survenue de ses événements indésirables graves.	Recommandation 3 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.		05/11/2024
R5	L'établissement n'organise pas régulièrement de sensibilisations internes du personnel à la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 4 : Former de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables.	5 mois	
R12	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux contentions, aux chutes, aux troubles du comportement, à la nutrition, au change et à la prévention de l'incontinence, à la douleur, aux soins palliatifs ou encore à la fin de vie.	Recommandation 5 : Formaliser des protocoles relatifs aux contentions, aux chutes, aux troubles du comportement, à la nutrition, au change et à la prévention de l'incontinence, à la douleur, aux soins palliatifs ou encore à la fin de vie.	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)
R2	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 6 : Formaliser un plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	2 mois	
R3	Les réclamations orales ne font pas l'objet de traitement et de suivi tracé.	Recommandation 7 : Mettre en place un processus d'analyse et de traitement des réclamations orales associé à un bilan annuel.	6 mois	
R4	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 8 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	6 mois	
R14	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 9 : Evaluer périodiquement les protocoles.	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)
R8	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé en 2020, 2021 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 10 : Étudier les causes de l'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R9	Les taux de turn-over des effectifs soignants n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 11 : Transmettre les taux de turn-over des effectifs soignants pour les années 2021, 2022 et 2023, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R13	En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.	Recommandation 12 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement justifiant l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.	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)
R11	L'établissement n'a pas précisé à la mission de contrôle les modalités d'organisation des transmissions orales.	Recommandation 13 : Transmettre les modalités d'organisation des transmissions orales (horaires et participants).		05/11/2024
R10	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 14 : Compléter la procédure d'admission.	2 mois	