

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024_HDF_00342



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence La Dentellière sis 14 rue Ambroise Paré à Caudry (59540) 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 15 avril 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 27 septembre 2024.

Par courrier reçu par mes services le 24 octobre 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.

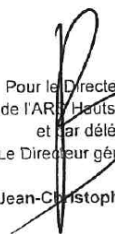
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Monsieur Pascal GUERIN
Président du Conseil d'Administration
de l'EHPAD Résidence La Dentellière
Domidep
18 rue du Creuzat
38080 L'ISLE-D'ABEAU

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 Géraldine DELSARTE, directrice de l'établissement

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 La Dentellière à CAUDRY (59540) initié le 15 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)
E4	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 ASH « 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 ainsi que les fiches de poste/tâches révisées à la mission de contrôle, et s'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant la nuit au sein de l'UVA, afin de garantir une prise en charge sécurisée des résidents, et le respect de leur rythme de vie conformément aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.	6 mois	
E6	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.			
E3	En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire de son personnel, 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 2 : 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 conformément à la réglementation.	1 mois	

E7	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 3 : Actualiser, et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF ; Transmettre la répartition en ETP des missions de médecin coordonnateur et de médecin prescripteur.	/	24/10/2024
R7	L'établissement n'a pas précisé la répartition de l'ETP entre les missions de médecin coordonnateur et de médecin prescripteur.			
E7	Le RAMA 2023 n'est pas soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique et n'est pas cosigné par le médecin coordonnateur et le directeur ce qui contrevient à l'article D312158 10° du CASF.	Prescription 4 : Soumettre le RAMA 2023 pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 alinéa 10 du CASF et le faire signer par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement.	3 mois	
E1	En l'absence de précisions sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre, le projet d'établissement ne respecte pas les dispositions des L311-8 et D311-38-3 du CASF.	Prescription 5 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E2	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E8	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	Prescription 6 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D.311 du CASF.	/	24/10/2024
R12	Le tableau prévisionnel des projets personnalisés transmis à la mission de contrôle, ne permet pas de s'assurer que les projets personnalisés sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.	Recommandation 1 : Formaliser le tableau prévisionnel des projets personnalisés et s'assurer que ces derniers sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.	/	24/10/2024

R4	L'établissement n'a pas transmis les fiches d'émargement de la commission de coordination gériatrique, ce qui ne permet pas de s'assurer que la composition est conforme à l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.3112-158 du CASF.	Recommandation 2 : Transmettre l'ensemble des fiches d'émargement de la commission de coordination gériatrique, afin de s'assurer que la composition est conforme à l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.3112-158 du CASF.	1 mois	
R11	Les procédures d'admission sont incomplètes.	Recommandation 3 : Mettre à jour les procédures d'admission en équipe pluridisciplinaire et les appliquer.	/	24/10/2024
R5	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions, prenant notamment en compte les résultats des enquêtes de satisfaction et du bilan des réclamations, etc.	Recommandation 4 : Rédiger un plan global d'amélioration continue de la qualité.	/	24/10/2024
R13	Les protocoles ne sont tous élaborés en concertation avec les équipes.	Recommandation 5 : <ul style="list-style-type: none"> - Etablir les protocoles en concertation avec les équipes ; - Evaluer les protocoles de façon périodique. 	6 mois	
R14	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement			
R6	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 6 : Transmettre les feuilles d'émargement des formations externes/sensibilisations internes ainsi que les feuilles d'émargement du personnel à la déclaration des événements indésirables	/	24/10/2024
R10	Les feuilles d'émargement des formations externes/sensibilisations internes n'ont pas été remises à la mission de contrôle, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'effectivité du plan de formation.			

R8	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé 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, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R9	L'établissement a précisé un taux de turn-over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			
R1	Les modalités d'organisation des astreintes manquent de formalisme.	Recommandation 8 : Formaliser l'organisation des astreintes en l'absence de la directrice	1 mois	
R2	Les modalités d'intérim en l'absence de la directrice ne sont pas définies.	Recommandation 9 : Définir les modalités d'intérim en l'absence de la direction.	/	24/10/2024
R3	Les rencontres entre la directrice de l'établissement et le gestionnaire ne sont pas organisées.	Recommandation 10 : Mettre en place des réunions entre le directeur d'établissement et l'organisme gestionnaire, et établir des comptes rendus.	/	24/10/2024