

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00345



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD La Maison du Pays de Cousolre sis 49 A rue de Landelies à Cousolre (59149) 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 12 avril 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 14 janvier 2025.

Par courrier reçu le 07 février 2025, 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 La Maison de Cousolre
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 Monsieur Clément LESNES, directeur 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 La Maison du Pays de Cousolre à Cousolre (59149) initié le 12 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)
E6	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 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 ^{er} du CASF.	6 mois	
E10	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 2 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	/	07/02/2025
E5	En ne vérifiant pas systématiquement les extraits de casier judiciaire de son personnel et en ne les renouvelant pas régulièrement, 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 3 : 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	

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 ne disposant pas d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription 4 : Formaliser un projet de soins élaboré par le médecin coordonnateur de l'EHPAD avec le concours de l'équipe soignante, et l'intégrer au projet d'établissement de l'EHPAD, conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	6 mois	
E8	Le RAMA 2023 n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique contrairement à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 5 : Soumettre le RAMA 2023 pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E2	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 6 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le plan bleu et le règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E3	Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'article R. 311-38-1 du CASF et de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.			
E4	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.			
R3	Au jour du contrôle, le nom du directeur ainsi que les coordonnées de l'ARS (adresse e-mail et téléphone) ne sont pas à jour dans le plan bleu			
R4	Au jour du contrôle, le nom du directeur n'est pas à jour dans le règlement de fonctionnement.			

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	L'ensemble des comptes rendus du Conseil de la Vie Sociale n'est pas signé par le président contrairement aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.	Prescription 7 : Faire systématiquement signer les relevés de conclusions de chaque séance au président du CVS conformément à la réglementation.	/	07/02/2025
E9	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	Prescription 8 : 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.	/	07/02/2025
R13	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.	/	07/02/2025
R12	Le protocole d'entrée d'un résident est incomplet.	Recommandation 2 : Mettre à jour le protocole d'entrée d'un résident en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	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	L'établissement n'a pas précisé la répartition de l'ETP entre les missions de médecin coordonnateur et de médecin prescripteur.	Recommandation 3 : Transmettre la répartition en ETP des missions de coordination et de prescription du médecin coordonnateur.	/	07/02/2025
R6	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.	3 mois	
R7	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.	Recommandation 5 : <ul style="list-style-type: none"> - Etablir une procédure de gestion interne des événements indésirables, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS ; - Déployer et formaliser une méthodologie d'analyse et de traitement des événements indésirables graves et / ou récurrents, par le biais de RETEX 	/	07/02/2025
R8	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.			
R14	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement et à l'hydratation/nutrition.	Recommandation 6 : <ul style="list-style-type: none"> - Rédiger les protocoles relatifs aux troubles du comportement et à l'hydratation/nutrition ; - Etablir les protocoles en concertation avec les équipes ; - Evaluer les protocoles de façon périodique. 	6 mois	
R15	Les protocoles ne sont pas tous élaborés en concertation avec les équipes.			
R16	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.			

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)
R10	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.	/	07/02/2025
R11	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.			
R5	L'établissement n'a pas transmis le bilan annuel des réclamations des usagers pour les années 2021 et 2022.	Recommandation 8 : Transmettre le bilan annuel des réclamations des usagers pour les années 2021 et 2022 à la mission de contrôle.	/	07/02/2025
R2	Les modalités d'organisation des astreintes manquent de formalisme.	Recommandation 9 : Formaliser l'organisation des astreintes en l'absence de la directrice	/	07/02/2025
R1	L'organigramme transmis à la mission de contrôle n'est pas daté.	Recommandation 10 : Mettre à jour l'organigramme de l'établissement et le transmettre à la mission de contrôle.	/	07/02/2025