

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00350



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la directrice générale,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Les Logis Douaisiens sis 57 avenue Charles Gounod à Douai (59500) 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 17 octobre 2024.

Par courrier reçu par mes services le 15 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.

Madame Alice HONORÉ
Directrice générale
Association La Maison de l'Aide à la Vie (MAVie)
371, rue du Kiosque
59500 DOUAI

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, Madame la directrice générale, 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 Marie-Claire SAUTAREL, 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 Les Logis Douaisiens à Douai (59500) 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)
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 « 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 n°1 : Entreprenre les démarches pour supprimer les glissements de tâches 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° du CASF et transmettre un échéancier ainsi que la fiche de poste des ASH révisée à la mission de contrôle.	Dès réception du rapport	
E10	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.	Prescription n°2 : Positionner un personnel qualifié la nuit 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		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 médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription n°3 : S'assurer que le temps de travail du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.		14/11/2024
E11	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas conforme à l'article D. 312-158, alinéa 10.	Prescription n°4 : Réviser le RAMA conformément à la réglementation en vigueur en précisant la soumission pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire signer par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement.	3 mois	
E9	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°5 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.	1 mois	
E6	En ne vérifiant pas le bulletin du casier judiciaire national des agents, 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 n°6 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF et transmettre les qualifications du personnel, dont le diplôme est manquant, à la mission de contrôle.	1 mois	
R2	Le diplôme d'un professionnel soignant est manquant.			
E14	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 n°7 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
E13	Le projet d'accompagnement personnalisé n'est pas élaboré dans un délai de 6 mois suivant l'admission du résident, contrairement aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	Prescription n°8 : Etablir les projets d'accompagnement personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.		14/11/2024

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)
E1	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16, D. 311-19 et D. 311-20 du CASF.	Prescription n°9 : Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale, conformément à la réglementation, au niveau de : <ul style="list-style-type: none"> - sa composition ; - sa fréquence ; - son règlement intérieur ; - la signature des comptes rendus par le président. 	3 mois	
E4	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-33 à R. 311-35 et R. 311-37-1 du CASF.	Prescription n°10 : Les documents institutionnels (règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E5	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.			
R12	Les informations contenues dans le livret d'accueil ne sont pas à jour.			
E12	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.			
E2	Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription n°11 : Etablir un plan bleu conforme à la réglementation et l'intégrer au projet d'établissement.	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)
E3	Le projet d'établissement ne comporte pas de partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
R5	Les RETEX ne sont pas formalisés.	Recommandation n°1 : Rédiger les comptes rendus des RETEX.		14/11/2024
R4	La procédure de signalement des événements indésirables manque de précisions sur les modalités de déclaration externe des EI.	Recommandation n°2 : Mettre à jour la procédure de signalement des événements indésirables.	1 mois	
R1	Le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance est incomplet.	Recommandation n°3 : Mettre à jour le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	2 mois	
R9	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations portant sur les spécificités du public accueilli.	Recommandation n°4 : Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies.		14/11/2024
R6	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle de justificatif de formation de l'IDEC.	Recommandation n°5 : Transmettre à la mission de contrôle le justificatif de formation de l'IDEC.	1 mois	
R13	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées régulièrement.	Recommandation n°6 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	1 mois	
R11	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation n°7 : Mettre à jour la procédure d'admission.		14/11/2024
R15	L'établissement ne dispose pas de protocole relatif aux troubles du comportement.	Recommandation n°8 : Etablir et transmettre un protocole relatif aux troubles du comportement.		14/11/2024
R17	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation n°9 : Évaluer les protocoles de façon périodique.	3 mois	
R7	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.	Recommandation n°10 : Étudier les causes du turn-over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		14/11/2024

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)
R8	Le personnel de l'établissement ne dispose pas de fiche de tâches.	Recommandation n°11 : Etablir une fiche de tâches pour le personnel de l'établissement.		14/11/2024
R3	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation n°12 : Transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement des formations/sensibilisations sur : <ul style="list-style-type: none"> - la déclaration des événements indésirables ; - les spécificités du public accueilli ; - les transmissions ciblées ; - les protocoles internes. 	6 mois	
R10	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la mission contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations.			
R14	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.			
R16	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.			