

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00352



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Eric POLLET
Directeur de l'hébergement des
personnes âgées
EHPAD Résidence Marceline
Desbordes Valmore
1 route de Cambrai
59507 DOUAI CEDEX

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Marceline Desbordes Valmore sis 1 route de Cambrai à Douai Cedex (59507) initié le 29 mai 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Marceline Desbordes Valmore sis 1 route de Cambrai à Douai Cedex (59507) 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 29 mai 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 7 février 2025.

Par courrier reçu le 18 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.

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 jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence Marceline Desbordes Valmore à Douai Cedex (59507) initié le 29 mai 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)
E8	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'aidesoignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des faisant fonction d'aide-soignant. 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 à la mission de contrôle. S'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification, le jour et la nuit, 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.	6 mois	
E11	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, 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.			

E9	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 2 : S'assurer que le temps de travail (0,8 ETP) du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF et transmettre la répartition en ETP de ses missions de coordination et de prescription.	1 mois	
E10	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche de poste précisant les missions qui lui sont confiées conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 3 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur en mentionnant les missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF.	1 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription 4 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.		
E12	L'établissement n'a pas rédigé de rapport annuel d'activité médicale respectant les conditions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	Prescription 5 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF. Puis, soumettre le RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique le faire co-signer par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement conformément à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E14	Contrairement aux dispositions de l'article D. 311 du CASF, deux résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé actualisé au moins une fois par an.	Prescription 6 : Réaliser une évaluation périodique des projets personnalisés des résidents, conformément à l'article D. 311 du CASF.	3 mois	

E3	Le projet d'établissement contrevient aux dispositions des articles L. 311-8 et D. 311-38-5 du CASF.	Prescription 7 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E4	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement comportant un plan bleu détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle, contrairement aux dispositions des articles L. 311-8, D. 312-160, R. 311-38-1 et R. 311-38-2 du CASF.			
E5	En ne définissant pas une périodicité de modification du règlement de fonctionnement (maximum 5 ans) et en l'absence de consultation des instances représentatives du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E13	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311, L. 311-4 et L. 311-4-1 du CASF et aux dispositions 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.			
E6	Les coordonnées de l'ARS et du Conseil Départemental ne sont pas précisées dans le livret d'accueil, ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			

E7	En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire et en ne vérifiant pas la nature du diplôme obtenu 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 8 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire en effectuant une vérification à intervalle régulier comme le précise l'article L. 133-6 du CASF. Réviser les postes occupés et transmettre les qualifications des professionnels pour lesquels leurs postes ne sont pas en adéquation avec leurs diplômes obtenus (<i>Cf. rapport de contrôle pages 16-17</i>).	1 mois	
E2	En l'absence de signature systématique des procès-verbaux de réunion par son président, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.	Prescription 9 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : - Faisant signer systématiquement les procès-verbaux des réunions de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF ; - Transmettant la composition des membres du CVS ainsi que le règlement intérieur à la mission de contrôle.	3 mois	
R2	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la composition et le règlement intérieur du CVS.			
E15	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 10 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		18/02/2025
R3	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.	Recommandation 1 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	

R12	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.	Recommandation 2 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R10	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 3 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	
R7	Le personnel de l'établissement en poste de nuit ne dispose pas de fiche de tâches.	Recommandation 4 : Rédiger des fiches de tâches spécifiques pour les professionnels positionnés sur des postes de nuit (IDE, AS, ASH).	1 mois	
R11	L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'élaboration des projets personnalisés formalisé.	Recommandation 5 : Formaliser un protocole d'élaboration des projets personnalisés et le transmettre à la mission de contrôle.	2 mois	
R9	L'établissement n'a pas transmis le plan de formation pour l'année 2024.	Recommandation 6 : Transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement relatives aux formations/sensibilisations	1 mois	

R8	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations, la formation du personnel n'est pas garantie.	inscrites dans les plans de formations 2023 et 2024 ainsi que le plan de formation élaboré pour l'année 2024.		
R5	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 7 : Transmettre à la mission de contrôle la procédure d'accueil du nouvel arrivant.	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)
R4	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 8 : Faire signer systématiquement des feuilles d'émargement lors de sensibilisations et formations réalisées. Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement datées relatives aux : <ul style="list-style-type: none"> - Formations sur la déclaration des événements indésirables ; - Sensibilisations sur les transmissions ciblées. 	1 mois	

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 transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie.	Recommandation 9 : Former le personnel aux protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques et mettre en place un émargement systématique lors de ces formations. Transmettre les feuilles d'émargement relatives aux formations/sensibilisations sur les protocoles internes.	4 mois	
R15	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, chutes, troubles du comportement, changes et prévention de l'incontinence, soins palliatifs et à l'hydratation.	Recommandation 10 : Etablir, en concertation avec les équipes soignantes, les protocoles relatifs aux urgences, chutes, troubles du comportement, changes et prévention de l'incontinence, soins palliatifs et à l'hydratation.	3 mois	
R17	En l'absence de la transmission des dates de création et de mise à jour des protocoles, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	Transmettre la liste des protocoles en vigueur avec leurs dates d'élaboration et de révision afin de s'assurer que ceux-ci soient réévalués périodiquement.		
R6	L'établissement a précisé des taux de turn-over des IDE élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 11 : Étudier les causes des taux de turn-over élevés des IDE, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		18/02/2025

R18	La liste des conventions de partenariat n'a pas été remise à la mission de contrôle.	Recommandation 12 : Formaliser l'ensemble des partenariats établis avec l'EHPAD et transmettre la liste des conventions à la mission de contrôle.	3 mois	
R1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme daté et spécifique à l'EHPAD.	Recommandation 13 : Etablir un organigramme spécifique et daté pour l'EHPAD Résidence Marceline Desbordes Valmore.	1 mois	