

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00125

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Jeanne Jugan sis 192 rue Jeanne Jugan à Dunkerque (59240) 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 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 26 août 2024.

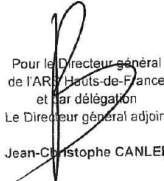
En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courent à compter de la réception de la présente.

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.

Monsieur Philippe DESWARTE
Président du Conseil d'Administration
Association Clairefontaine
48 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
59190 HAZEBROUCK

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 Amandine MASSEMIN, 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 Jeanne Jugan à DUNKERQUE (59240) initié le 12 mars 2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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 agents de soins ; 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 : Supprimer les glissements de tâches et réviser les fiches de poste, stabiliser les équipes, et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
R12	Les fiches de poste de l'AS et de l'Agent de soins sont identiques.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire (<i>de jour et de nuit</i>) en termes 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 ^o du CASF.			
E7	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	2 mois	
E4	En ne vérifiant pas systématiquement le bulletin du casier judiciaire national et en ne renouvelant pas régulièrement les demandes d'extraits de casiers, 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 des personnes vulnérables.	Prescription 3 : Dans le cadre d'une démarche de prévention et lutte contre la maltraitance et d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> - Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF ; - 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 ; - Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles ; - Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière ; 	3 mois	
E5	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.			
R3	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers ; - Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects ; et tenir compte de ces résultats pour établir un plan d'actions qualité.		
R5	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.			
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.			
R19	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.			
E11	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 4 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
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 5 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	4 mois	
E3	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, ainsi qu'à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.			
E10	La réalisation d'un avenant dans un délai maximum de 6 mois, précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne accueillie, n'est pas mentionnée dans le contrat de séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
E9	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	Prescription 6 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conformément aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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 commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 7 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
R9	L'IDEC ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 1 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	3 mois	
R13	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations portant sur les spécificités du public accueilli.	Recommandation 2 : Former le personnel : - sur les spécificités des personnes accueillies ; - aux protocoles de l'établissement ; - à la déclaration des événements indésirables ; - aux transmissions ciblées ; et mettre en place un émargement systématique.	6 mois	
R14	L'établissement ne prévoit pas régulièrement de sensibilisations internes.			
R21	L'établissement ne réalise pas de sensibilisation régulière sur les transmissions ciblées.			
R7	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
R22	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.			
R16	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 3 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	
R18	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un protocole d'élaboration des projets personnalisés formalisé.	Recommandation 4 : Formaliser le protocole d'élaboration des projets personnalisés.	2 mois	
R1	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur ne sont pas définies.	Recommandation 5 : Définir les modalités d'intérim en l'absence du directeur.	3 mois	
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 6 : Étudier les causes de l'absentéisme et du turn-over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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 a précisé un taux de turn-over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			
R2	Le plan bleu n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 7 : Transmettre : - Le Plan bleu - Le Projet de soins - La Procédure d'accueil du nouvel arrivant	1 mois	
R8	L'établissement n'a pas transmis la procédure d'accueil du nouvel arrivant.			
R15	Le projet de soins n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
R17	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.	Recommandation 8 : Transmettre la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.	1 mois	
R20	L'établissement n'a pas transmis les modalités de réalisation des transmissions orales.	Recommandation 9 : Transmettre les modalités de réalisation des transmissions orales.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
R23	L'établissement n'a pas transmis la liste des partenariats établis avec l'EHPAD.	Recommandation 10 : Transmettre la liste des partenariats établis avec l'EHPAD.	1 mois	