



Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00370



LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Notre Dame des Anges sis 56 façade de l'Esplanade à LILLE (59000) 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 16 mai 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 9 août 2024.

Par courrier reçu par mes services le 6 septembre 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 François AMMEUX
Président du Conseil d'Administration
De l'EHPAD Notre Dame des Anges
Association La Prévoyance
56 Façade de l'Esplanade
59000 LILLE

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 effectives 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'agrérer, Monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée.



Copie à Madame Céline ANDERNACK, 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 Notre Dame des Anges à LILLE (59000) initié le 16 mai 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)
E10	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'Etat 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.	<p>Prescription 1 :</p> <p>Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches, transmettre un échéancier et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et qualification afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.</p>	1 mois	
E12	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.			

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)
E11	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	Prescription 2 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à cette situation.	Dès réception du rapport	
E8	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 au sein des documents institutionnels 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;- Réaliser un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.		
E9	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.		3 mois	
R2	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.			
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 (<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)
R4	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.			
E13	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E7	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.	Prescription 4 : Les documents institutionnels (règlement de fonctionnement, projet d'établissement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	5 mois	
E6	Le règlement de fonctionnement ne précise pas la date de consultation des instances représentatives du personnel et du CVS contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E5	En facturant l'étiquetage du linge et en ne mettant pas à disposition du résident une connexion internet dans sa chambre, l'établissement contrevient 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-			

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)
	sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et notamment à l'annexe 2-3-1 relative au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.			
E4	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.			
E3	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.			
E15	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.			
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 5 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 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)
E2	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 5 : Faire signer les comptes rendus de CVS par la présidente et les transmettre à la mission de contrôle.		06/09/2024
E14	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 conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	
R13	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.	Prescription 7 : Transmettre la programmation des projets personnalisés et s'assurer qu'une évaluation périodique soit réalisée afin de respecter leur rythme de vie, conformément aux dispositions des articles L. 311-3 et 4 du CASF.	3 mois	
E16	Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels, dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé au jour du contrôle contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			

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)
E17	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 8 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		06/09/2024
E18	L'absence de réponse réactive en cas du déclenchement du dispositif d'appel malade ne permet pas de garantir la sécurité des résidents, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et des recommandations de la HAS.	Prescription 9 : Veiller à une réponse aux appels malades, dans des délais satisfaisants, afin de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et des recommandations de la HAS.		06/09/2024
R8	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.	4 mois	
R5	L'établissement n'organise pas régulièrement de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 2 : Former de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables et transmettre les feuilles d'émargement.	4 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)
R6	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			
R12	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 3 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.		06/09/2024
R14	La procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé manque de précisions sur les modalités de mise en œuvre, le suivi et l'actualisation.	Recommandation 4 : Réviser la procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé.	2 mois	
R1	Les rencontres entre la directrice de l'établissement et le gestionnaire ne sont pas régulières.	Recommandation 5 : Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière entre la directrice de l'établissement et le gestionnaire et établir des comptes rendus.	3 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)
R9	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 du taux d'absentéisme et de turnover des équipes soignants, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		06/09/2024
R10	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.			
R15	Le personnel n'est pas formé aux protocoles.	Recommandation 7 : Former le personnel aux protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques.	3 mois	
R11	Les fiches de postes AS, Agent de soins et Agent de service n'ont pas été remises à la mission de contrôle.	Recommandation 8 : Transmettre les fiches de postes AS, Agent de soins et Agent de service.	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)
R7	Le nombre d'ETP CDD pour l'ensemble du personnel soignant n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 9 : Transmettre le nombre d'ETP CDD pour l'ensemble du personnel soignant.		06/09/2024