

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00376
[REDACTED]

Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Frédéric DEVAUX
Directeur
EHPAD Emile Dubois
2 route d'Orchies
59870 MARCHIENNES

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Emile Dubois sis 2 route d'Orchies à Marchiennes (59870) initié le 4 décembre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Emile Dubois sis 2 route d'Orchies à Marchiennes (59870) 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 4 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 25 septembre 2024.

Par courrier reçu le 18 octobre 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

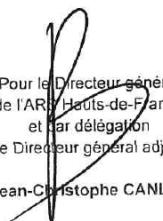
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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 Emile Dubois à Marchiennes (59870) initié le 4 décembre 2023

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'aidesoignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASHQ. 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 et transmettre un échéancier ; prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité respectant les rythmes de vie conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.</p>	Dès réception du rapport	
E13 Au regard de la charge de travail du personnel, de l'organisation des horaires			

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)
R5 Le diplôme d'un professionnel soignant n'est pas en adéquation avec le poste occupé.			
E9 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 ^o du CASF.	<p>Prescription 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^o du CASF.</p>	1 mois	
E7 Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<p>Prescription 3 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier au temps de travail insuffisant du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.</p>	Dès réception du rapport	

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	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 4 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur en mentionnant les missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF.		17/10/2024
E1	La commission de coordination gériatrique ne s'est pas réunie depuis 2022 contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3 ^e CASF.	Prescription 5 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.		17/10/2024
E10	Le RAMA 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 6 : Soumettre le dernier rapport annuel d'activité médicale pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.		17/10/2024
E12	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé ou d'un projet personnalisé réévalué à minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 7 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	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)
E5 En l'absence de mention des actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et des coordonnées du Conseil Départemental, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	<p>Prescription 8 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil des résidents et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.</p>	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)
E4	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.			
E3	En ne précisant pas la date de consultation du CVS, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E11	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311 et L. 311-4-1 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.			

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)
E2 La composition actuelle du CVS n'est pas conforme aux dispositions des article D. 311-5 et D. 311-18 du CASF.	<p>Prescription 9 :</p> <p>Mettre en conformité la composition du CVS tel que précisé par les articles D. 311-5 et D. 311-18 du CASF.</p>	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)
E14	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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.		17/10/2024
R2	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur ne sont pas définies.	Recommandation 1 : Définir les modalités d'intérim et organiser la continuité de la fonction en cas d'absence du directeur.	3 mois	
R1	La continuité de la fonction de direction n'est pas organisée en cas d'absence du directeur.			

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)
R3	L'établissement n'a pas transmis les 3 derniers comptes rendus de réunions organisées avec le conseil d'administration.	Recommandation 2 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus de réunion avec le conseil d'administration.		17/10/2024
R4	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 3 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	3 mois	
R12	Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas ciblées et le personnel n'y est pas formé.	Recommandation 4 : Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci. Faire signer lors de sensibilisations des feuilles de présence et les transmettre à la mission de contrôle.	5 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)
R6	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant formalisée.	Recommandation 5 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant et la transmettre à la mission de contrôle.		17/10/2024
R8	L'établissement ne prévoit pas régulièrement de sensibilisations internes.	Recommandation 6 : Mettre en place des sensibilisations internes.		17/10/2024

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)
R11 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.	<p>Recommandation 7 :</p> <p>Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects</p>		17/10/2024

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)
R7 Les fiches de poste des AS et des ASHQ sont identiques.	<p>Recommandation 8 : Etablir des fiches de poste spécifiques et distinctes pour les AS et ASHQ.</p>	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)
R13	L'établissement ne dispose pas de protocole relatif aux soins palliatifs.	Recommandation 9 : Etablir et transmettre protocole relatif aux palliatif rents le soins réévaluer de façon périodique les protocoles.	3 mois	
R15	L'ensemble des protocoles n'a pas été évalué de façon périodique.			

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)
R14	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie.	Recommandation 10 : Former le personnel aux protocoles de l'établissement et mettre en place un émargement systématique lors de formations internes et externes.	4 mois	
R9	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 11 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.		17/10/2024
R10	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 12 : Réviser la procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé.		17/10/2024