

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00379
[REDACTED]

Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame HANCQ Fabienne
Directrice
EHPAD Georges Delfosse
22 rue de Cassel
59520 MARQUETTE-LEZ-LILLE

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Georges Delfosse sis 22 rue de Cassel 59520 à MARQUETTE LEZ LILLE (59520) initié le 12 décembre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Georges Delfosse sis 22 rue de Cassel 59520 à MARQUETTE LEZ LILLE (59520) 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 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 8 avril 2024.

Par courrier reçu le 7 mai 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

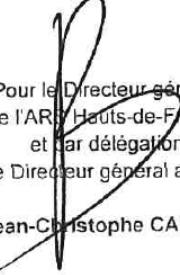
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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(s) jointe(s) :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Georges Delfosse à MARQUETTE LEZ LILLE (59520) initié le 14 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)
E4	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 : Supprimer les glissements de tâches 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.</p>		07/05/2024
E5	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire (de jour et de nuit), en termes de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité,			

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)
	ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 3113, 1° du CASF.			
E3	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. 311-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès des personnes vulnérables.	Prescription 2 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	
E1	En ne se réunissant pas au minimum trois fois par an, le fonctionnement du CVS n'est pas conforme à l'article D. 311-16 du CASF.	Prescription 3 : Transmettre le procès-verbal et réunir le CVS trois fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF.	5 mois	
R4	La composition du CVS (procès-verbal des élections) n'a pas été remise à la mission de contrôle.			
E2	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 4 : Transmettre le plan bleu et inclure dans le projet d'établissement les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique,	2 mois	

R5	Le plan bleu n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.		
----	---	--	--	--

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	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.	Prescription 5 : Faire signer le RAMA conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.		07/05/2024
R7	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 1 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles, réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière ainsi qu'un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R6	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.			
R9	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.			
R8	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 2 : Rédiger un plan d'amélioration continue de la qualité.		07/05/2024

R14	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 3 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	2 mois	
R15	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle	Recommandation 4 : Transmettre à la mission de contrôle la programmation annuelle de		07/05/2024

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)
	annuelle de révision des projets personnalisés.	révision des projets personnalisés.		
R17	L'établissement n'a pas transmis la liste des protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques.	Recommandation 5 : Transmettre la liste des protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques ainsi que les feuilles d'émargement relatives aux formations/sensibilisations sur ces protocoles.	2 mois	
R19	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie.	Recommandation 6 : Elaborer les protocoles en concertation avec les équipes et les évaluer de façon périodique.	3 mois	
R20	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.	Recommandation 7 : Transmettre le diplôme de la directrice ainsi que le document relatif à la délégation.		07/05/2024
R1	L'établissement n'a pas transmis le diplôme de la directrice d'établissement.			

R2	L'établissement n'a pas transmis de document relatif à la délégation à la mission de contrôle.			
R11	Le taux d'absentéisme des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle	Recommandation 8 : Transmettre le taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants (2020 à 2022).	1 mois	
R12	Le taux de turn-over des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
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)
R10	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.	Recommandation 9 : Mettre à jour la procédure de gestion interne des événements indésirables en mentionnant la réalisation de RETEX et l'appliquer.	2 mois	
R13	Les feuilles d'émargement des formations (ou attestations de formation) n'ont pas toutes été remises à la mission de contrôle, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'effectivité du plan de formation.	Recommandation 10 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux formations internes/externes réalisées.		07/05/2024

R16	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 11 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	1 mois	
R3	L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des comptes rendus demandés de la commission de coordination gériatrique, ce qui ne permet pas de s'assurer que celle-ci se tient de manière régulière.	Recommandation 12 : Transmettre à la mission de contrôle l'ensemble des comptes rendus de la commission de coordination gériatrique.		07/05/2024