

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00382

LETTRÉ RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Doux Séjour sis 46 rue de Marcoing à MASNIERES (59241) 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 14 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 11 avril 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.

Monsieur Carpentier Alain
Président du Conseil d'Administration
de l'EHPAD Doux Séjour
Association Françoise et Paulette Courtin
46 rue de Marcoing
59241 MASNIERES

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 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 Vanessa CAMUS, 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 Doux Séjour à MASNIERES (59241) 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)
E9	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'aidesoignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	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.	1 mois	
E13	L'inconstance 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			

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)
	qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3, 1° du CASF.			
E6	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.	Prescription 2 : Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies et mettre en place, conformément à la réglementation, un plan de formation qui comprendra notamment, et pour l'ensemble du personnel, des sensibilisations internes et des formations relatives à la prévention et la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance	3 mois	
R15	La mission contrôle constate le manque d'organisation régulière de sensibilisations internes/formations externes sur les spécificités des personnes accueillies, ainsi que l'absence de transmission des feuilles d'émargement.			
E7	Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.			

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 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 3 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	
E11	Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	Prescription 4 : Transmettre un justificatif de formation du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF	5 mois	
E12	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche poste précisant les missions qui lui sont confiées et relatives à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 5 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF et élaborer la fiche de poste du médecin coordonnateur.	1 mois	
E10	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 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)
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.	Prescription 6 : Formaliser le protocole d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés et transmettre à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés permettant de garantir la qualité de la prise en charge des résidents et respecter leurs rythmes de vie conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 3° du CASF.	1 mois	
R18	L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'élaboration des projets personnalisés formalisé.			
R17	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.			
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.	Prescription 7 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, , livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	2 mois	
E4	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 ainsi que la notice d'information relative à la personne de confiance contrairement aux dispositions de l'article D311-39 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)
E3	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.			
E8	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Prescription 8 : Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales et Former de manière régulière les professionnels.	2 mois	
R8	L'établissement n'organise pas régulièrement de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.			
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 9 : Faire signer l'ensemble des comptes rendus du CVS par le président conformément à la réglementation et transmettre le procès-verbal des élections ainsi que le règlement de fonctionnement.	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)
R3	La composition du CVS (procès-verbal des élections) et le règlement de fonctionnement n'ont pas été remis à la mission de contrôle.			
E1	Le directeur ne dispose pas d'un document unique de délégation ce qui est contraire à l'article D. 312176-5 du CASF.	Prescription 10 : Etablir un document unique de délégation pour le directeur, conformément aux dispositions de l'article D. 312-176-5 du CASF.	1 mois	
E14	Le RAMA n'est pas conforme aux articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312203 du CASF.	Prescription 11 : Réviser le RAMA conformément à la réglementation en vigueur en précisant : - les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, - l'organisation des soins, puis le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire signer par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.	3 mois	
R7	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.	Recommandation 1 : Rédiger un plan d'amélioration continue de la qualité.	2 mois	
R4	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 2 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles et réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière ainsi qu'un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	2 mois	
R5	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.			

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'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.			
R11	L'IDEC ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 3 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement et rédiger la fiche de poste.	2 mois	
R12	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas de fiche de poste. Ses missions d'encadrement et de coordination des soins ne sont pas formalisées.			
R16	L'établissement n'a pas transmis de procédure d'admission.	Recommandation 4 : Transmettre la procédure d'admission	1 mois	
R22	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux soins palliatifs, à la fin de vie et circuit du médicament.	Recommandation 5 : Rédiger les protocoles relatifs aux soins palliatifs, à la fin de vie et circuit du médicament.	2 mois	
R23	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.	Recommandation 6 : Elaborer les protocoles en concertation avec les équipes.	2 mois	
R24	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie.	Recommandation 7 : Transmettre les feuilles d'émargement relatives aux formations/sensibilisations sur les protocoles internes.	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)
R10	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 8 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	1 mois	
R2	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 9 : Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière et établir des comptes rendus.	1 mois	
R1	L'établissement n'a pas transmis les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire.	Recommandation 10 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire.	1 mois	
R9	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation 11 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.	2 mois	
R21	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.	Recommandation 12 : Transmettre les feuilles d'émargement relatives aux formations/sensibilisations sur les transmissions ciblées.	1 mois	
R20	L'établissement n'a pas transmis l'étude sur les délais de réponses aux appels malades.	Recommandation 13 : Transmettre l'étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R14	Le taux de turn-over des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 14 : Transmettre le taux d'absentéisme et de turn-over des effectifs soignants (2020 à 2022).	1 mois	
R13	Le taux d'absentéisme des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle			
R19	L'établissement n'a pas transmis l'horaire des couchers.	Recommandation 15 : Transmettre l'heure des couchers.	1 mois	